



SCANDALE FIFA : UN SYMBOLE DU SPORT BUSINESS ! PAGE 6 ET 72

L'HUMANITÉ DIMANCHE

L'Humanité

DIMANCHE

N° 465 . 4 AU 10 JUN 2015

**SNCM
CE N'EST PAS
UN RACHAT,
C'EST UN
BRAQUAGE**
PAGE 16

ICI ON NE SOIGNE PLUS, ON COMPTE !

**Austérité
à l'hôpital,
conditions
de travail
dégradées...**

**RÉVÉLATIONS
ET TÉMOIGNAGES
PAGE 28**

France 3 euros - Guadeloupe, Martinique 4 euros.

N° 465 . 4 au 10 juin 2015
M 04837 - 465 - F: 3,00 €





ICI ON NE SOIGNE PLUS, ON COMPTE!

La libéralisation en cours de l'hôpital s'attaque aux conditions de travail en même temps qu'elle compromet l'égalité de l'accès aux soins et leur qualité. Après les fortes mobilisations des 21 et 28 mai, les syndicats de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) appellent à manifester le 11 juin contre le projet de réforme des 35 heures du directeur général, Martin Hirsch. Le malaise, profond, qui explose à Paris touche tous les établissements où on travaille à flux tendus. C'est la rentabilité ainsi que les nouvelles restrictions budgétaires, totalement irréalistes, qui priment et menacent 22000 emplois, dont 4000 à l'AP-HP. Cet « hôpital entreprise », en s'alignant sur les méthodes du privé, lui prépare de beaux jours.

C'était presque le bon temps. Celui où, comme déléguée du personnel CGT de l'hôpital René-Muret de Sevran (Seine-Saint-Denis), elle enregistrait les revendications, organisait les luttes. Maintenant, Sabah Milot gère le bureau des pleurs. « Je suis devenue psy, grande sœur, maman, assistante sociale ! On ne me considère pas, on me parle mal. Si le service ne tourne pas, on dit que c'est de ma faute ! J'entends ça en boucle. Il n'y a que de la répression et de la culpabilisation. Même entre collègues, ils se mettent la pression. » La souffrance s'est immiscée dans tous les hôpitaux de France. À l'hôpital Pasteur de Cherbourg (Manche), le CHSCT a mené l'enquête. 25 % des personnels du service chirurgie étaient alors en arrêt maladie, 92 % des infirmières interrogées témoignaient d'un mal-être. Marie, elle, se sent « nulle depuis l'arrivée du nouveau responsable hiérarchique ». 10 ans pourtant qu'elle est cadre infirmière. Par « peur panique d'être convoquées par ce malade », certaines de ses collègues « malmènent leurs équipes ». À elles d'annoncer aux infirmières, de plus en plus recrutées en CDD, que leur contrat ne sera pas renouvelé. Ou de rappeler les personnels sur leurs repos. Parfois le matin même. Candice Julou, aide-soignante à l'hôpital de Grasse

(Alpes-Maritimes), n'est « jamais tranquille. Systématiquement, je dois revenir pour remplacer une personne en arrêt maladie ».

LA FAUTE AUX 35 HEURES ?

Sur l'air de « Je vous ai compris », c'est tout cela que Martin Hirsch fait mine de vouloir régler. Puisque les 35 heures instaurées entre 2002 et 2004 ont mis les services sous tension, le directeur de l'AP-HP en appelle à la sacro-sainte « réorganisation ». En modifiant les horaires de travail, on se rapprocherait plus des 35 heures effectives (voir p. 31) moins de RTT à récupérer, plus de monde dans les services, de meilleures conditions de travail, prétend-il.

Sauf que les personnels ont déjà signifié, les 21 et 28 mai, journées de grèves massives, qu'on ne les y reprendrait plus. « On est déjà passé de 8 heures par jour à 7h36, ce qui nous a fait perdre 10 jours de RTT. Et nos conditions de travail se sont dégradées », relève Maria Pichon, infirmière en gériatrie à l'hôpital Avicenne (Bobigny, Seine-Saint-Denis). La faute aux 35 heures, en effet, mais parce qu'elles ont été instaurées sans les embauches nécessaires. Dans un cadre budgétaire de plus en plus contraignant, le travail s'est intensifié. « Avant, on travaillait volontiers sans compter nos heures parce que les directions n'étaient pas ingrates avec nous,

résume Jean-Christophe Ciceron, proluxe délégué SUD d'Avicenne. Depuis, on a perdu des RTT, nos salaires sont gelés depuis 2010, on a cassé les collectifs de travail. On nous demande toujours plus, sans contreparties. « Les RTT sont notre ultime soupape ! » La réorganisation, ils n'y sont pas opposés. Mais « renoncez aux 150 millions d'économies pour l'AP-HP, ensuite on pourra parler », a lancé, sous les applaudissements des personnels, l'urgentiste Christophe Prudhomme (AMUF, CGT) à Martin Hirsch, en direct sur France Inter le 29 mai.

Les hospitaliers ne sont plus dupes de la rhétorique des « réformateurs » qui « veulent convertir des

**DIMINUER, DE PEU,
LE TRAVAIL QUOTIDIEN,
C'EST SURTOUT S'EN
PRENDRE AUX RTT SANS
CRAINdre D'ÉPUISER
LES PERSONNELS.**

problèmes de moyens en problèmes d'organisation », comme l'explique le sociologue Nicolas Belorgey, auteur de « L'Hôpital sous pression » (Éditions La Découverte). Le fait qu'ils se sentent culpabilisés, individuellement dépassés, responsables des difficultés qu'ils rencontrent, ne doit rien au hasard. C'est tout l'objectif du « nouveau management public » (NMP) qui inspire particulièrement les réformes hospitalières depuis 2002, décrypte-t-il.

Forgé sous les administrations Reagan et Thatcher, le NMP vise à importer les méthodes du secteur privé dans les administrations. À l'hôpital, il se décline en de multiples outils : tarification à l'activité (T2A, voir p. 31 et 32), indicateurs de performance, regroupement des services en pôles financièrement autonomes, introduction des plans de retour à l'équilibre (PRE), « modernisation » des statuts. Le tout au nom de l'« efficacité », nom acceptable de la productivité, rappelle Nicolas Belorgey.

En 20 ans d'exercice, Fabienne Messaoudi, praticien du service gynécologie du CHU de Versailles (78), a vu la T2A transformer l'hôpital en « usine ». « L'établissement reçoit 23 euros pour une consultation, qu'importe le temps passé. Avant, on y consacrait 30 minutes si besoin. Maintenant, on doit voir 4 patientes à l'heure. »



REPÈRES

450 millions

Le déficit, en euros, des hôpitaux en 2012. Leur niveau d'endettement est de 30 milliards.

860 millions

Les économies envisagées sur la masse salariale des hôpitaux d'ici à 2017. 22000 emplois sont menacés.

1 486 euros

Le salaire mensuel brut d'un agent de la catégorie C (aide-soignant, brancardier, ambulancier, adjoint administratif) de première catégorie. Au dernier échelon, il est de 1 680 euros.

36 %

La part de l'hospitalisation publique (44 % si on compte le privé) dans les dépenses de santé en France. Elle était de 43 % en 1983.

74,7 millions

Le montant, en euros, des jours de comptes épargne-temps (CET) non pris à l'AP-HP fin 2014.

16 %

Dans les budgets hospitaliers, la part qui finance les contraintes des missions de service public.

34 %

Selon la direction, qui reconnaît « un mouvement suivi et d'importance », la part des agents grévistes de l'AP-HP le 21 mai. 50 % selon les syndicats.

17 millions

Le nombre de passages aux urgences hospitalières chaque année. Il était de 8 millions en 2005.

25 %

La part de l'hospitalisation privée lucrative en France.

Diviser par deux l'attente aux urgences, mais avec des moyens constants... c'est, de fait, diminuer le temps de passage.

MARTIN BURDEGAU/AFIP



pour que ce soit rentable. » Il faut aussi enregistrer chaque acte, le « coder ».

7 ENTRÉES ET SORTIES DE PATIENTS PAR SEMAINE

Partout, cela se fait sous la pression des supérieurs hiérarchiques, eux-mêmes pressurés ou, pour les directeurs d'établissements, intéressés aux résultats... Depuis la loi Bachelot de 2009, le pouvoir n'appartient plus aux chefs de service, ni mêmes aux directeurs d'établissement, mais à ceux des agences régionales de santé, aux ordres du ministère.

« Tous les 3 mois, détaille Maria Pichon, on doit faire le point sur l'activité du service. Dès qu'on n'a pas le quota, c'est-à-dire 7 entrées et sorties de patients par semaine, on a le petit mot du chef de service. » Si le rythme n'est pas tenu, c'est le poste infirmier, qu'on leur a octroyé après la mobilisation du CHSCT, qui saute.

« Les personnels n'ont pas choisi ces métiers pour rien. Ils souffrent d'enchaîner les actes, de devenir

des techniciens du soin », déplore Sylvette Morin, secrétaire CGT d'Avicenne. Quant aux patients, « certains repartent comme ils sont arrivés, confie Maria. Dans certains cas, ils reviennent en repassant par les urgences ». Une mise en danger pour eux, tout un travail logistique à refaire pour rien.

« Saucissonner » les séjours pour les rendre plus rentables, sélectionner les patients pour ne pas avoir de « bed blockers » (littéralement bloqueurs de lits), c'est aussi le quotidien des hôpitaux. « J'ai déjà entendu un chef de service se plaindre de la présence d'un patient en fin de vie dans nos services, "pas rentable", parce qu'il ralentissait le rythme des sorties », raconte une aide-soignante.

« On a tous les inconvénients du privé, sans les moyens ni les salaires, résume, amère, Naïla Taright, radiothérapeute à la Pitié-Salpêtrière (AP-HP). On nous demande des comptes sur nos actes, mais trois secrétaires du service ne sont pas remplacées. C'est

LA VERSION HOSPITALIÈRE DE LA PRODUCTIVITÉ, C'EST PLUS DE MALADES EN MOINS DE TEMPS ET DES SOIGNANTS QUI EN SOUFFRENT.

dramatique, on a une seule ambulance interne pour 90 bâtiments. Les patients peuvent attendre deux ou trois heures après une opération pour revenir dans les chambres, juste à cause de ça. »

« Mettre les patients au cœur du système de soins » : en l'absence de moyens suffisants, ces formules font

amèrement rigoler. « Quand on n'est pas au complet, on met en œuvre les "procédures dégradées", raconte ainsi Candice Julou. Au lieu de faire marcher 4 patients dépendants dans la matinée, on ne le fera que pour 2. » À Cherbourg aussi, relève Victorien Nee, secrétaire CGT, les soignants travaillent « à la chaîne » : « On entre dans les chambres, on pique, on tourne les patients. » Pas même le temps d'échanger.

UNE EFFICACITÉ DU SOIN IGNORÉE

Là encore, « le tour de force est d'avoir fait passer la recherche de la productivité pour de la recherche de qualité », souligne le sociologue Nicolas Belorgey. Ainsi le développement à marche forcée de l'ambulance (hospitalisation de jour) : certes un confort pour certains malades, mais une mise en danger quand la motivation est économique. Ainsi, moins de travail de nuit, c'est plus de flexibilité exigée des personnels.

La promesse de diviser par deux le temps d'attente aux urgences d'ici à 2017 à l'AP-HP est une autre illustration. Spontanément, on ne peut qu'être pour. C'est oublier que cette accélération se fait à moyens constants : c'est donc le temps de passage qui diminue, c'est-à-dire le temps de soins. Économiquement, c'est parfaitement « efficace » : avec la même charge salariale, on augmente le financement du service, qui se fait notamment en fonction du nombre de passages. Mais l'efficacité du soin n'est, elle, pas mesurée. Les administrations ne cherchent même pas à évaluer le taux de retour dans les services, un indicateur essentiel de non-qualité. En analysant les données de services pilotes, Nicolas Belorgey a, lui, observé que les soignants les plus rapides sont aussi ceux dont les patients reviennent le plus fréquemment. « Avec des risques et des coûts accrus pour ceux-ci, pour l'assurance maladie qui finance », et pour les personnels qui trinquent au milieu. ★

ANNE-LAURE DE LAVAL

aldelaval@humadimanche.fr

MARSEILLE, HÔPITAL NORD

« Pas assez de lits pour les malades ni de temps pour les consultations »

L'hôpital Nord a 50 ans. Cet établissement de l'AP-HM (Assistance publique-Hôpitaux de Marseille) apporte depuis 1964 une réponse de qualité aux besoins de quartiers défavorisés et largement délaissés par la médecine libérale. Un anniversaire teinté d'amertume pour les personnels soignants, qui déplorent la « délocalisation » de certains services.

Praticien hospitalier dans le service d'endocrinologie, Sandrine Boullu constate : « Dans ces quartiers, on note une forte prévalence de l'obésité et du diabète, dus à de mauvaises habitudes alimentaires liées aux conditions socio-économiques. Or, par ici, il y a très peu d'endocrinologues libéraux, et les patients n'ont pas les moyens d'aller en consulter en centre-ville. Notre service a développé au fil des années une prise en charge pluridisciplinaire avec tout le plateau technique pour la réaliser. Notamment la chirurgie bariatrique (consistant à restreindre l'absorption des aliments – NDLR), mais aussi l'éducation thérapeutique individuelle ou en groupe, d'autant plus essentielle que des

patients ont ici parfois des difficultés de langue ou de lecture. »

Rouage essentiel aussi, l'hôpital de jour permettait des bilans et dépistages en une demi-journée, sans hospitalisation. Mais, depuis fin avril, avec d'autres activités, il a été transféré à l'hôpital de la Conception, à une quinzaine de kilomètres de là. Sept lits d'hospitalisation sur vingt ont également disparu. L'équipe, elle, a été répartie sur les deux hôpitaux. Le Dr Boullu a préféré rester à plein-temps à l'hôpital Nord, où elle se sent utile. « Mais des collègues se partagent. Nous n'avons pas encore pu trouver un jour pour nous regrouper et faire le point. On a perdu des moyens au niveau des diététiciennes, du secrétariat.

Il faut jongler avec tout ça, mais le plus frustrant, c'est de ne pas pouvoir recevoir des patients, faute de place, et d'imposer des délais, parfois de 6 mois, pour les consultations. Et encore, nous nous sommes beaucoup battus avec notre chef de service pour conserver des activités autres que les consultations externes comme c'était prévu. »

D'autres services de l'hôpital sont concernés par ces restructurations : l'ORL, l'ophtalmologie, la chirurgie et la réanimation pédiatrique en particulier. . . Une profonde frustration pour les médecins, comme le Dr Boullu, qui ne peuvent désormais plus répondre à toutes les demandes.

JACQUELINE DE GRANDMAISON



POUR COMBLER LE DÉFICIT, DONNEZ VOS RTT!

10 milliards d'économies sur les dépenses de santé d'ici à 2017, dont 3 milliards à l'hôpital. Mi-mars, les agences régionales de santé (ARS) ont reçu ordre de les mettre en œuvre. 860 millions d'économies sont prévues sur la masse salariale d'ici à 2017, ce qui menace 22 000 emplois.

À l'AP-HP, pour « éviter de supprimer 4 000 emplois », Martin Hirsch veut économiser 20 millions par an en « réorganisant » les 35 heures. 50 % des 75 000 agents concernés travaillent 7 h 36 par jour (38 heures par semaine), 18 % 7 h 50 (39 h 10), ce qui leur ouvre droit à 18 ou 20 jours de RTT par an. Objectif : supprimer tout ou partie des RTT, en mettant par exemple plus de personnels en 7 heures, et flexibiliser au maximum les horaires pour chasser les « temps morts ». 1 milliard d'économies sont attendues du développement de l'ambulatoire (57 % des hospitalisations prévues en 2017).

CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE

L'ambulatoire au service du démantèlement de l'hôpital et au profit du privé

L'hospitalisation de jour, nouvelle recette miracle des politiques de santé, laisse les salariés sceptiques. Car elle s'accompagne d'une pénurie de personnels et de menaces sur le service de réanimation. L'incertitude règne dans un établissement en sursis.

Des économies ! Des années qu'ils n'entendent parler que de ça à l'hôpital Clavary de Grasse (06), surtout depuis 2010 et le plan de redressement pour éponger 3 millions d'euros de déficit. En région PACA, la part de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour fin 2016 est une économie de 137 millions et la suppression de 230 à 270 lits. On ne connaît pas encore la part de sacrifice que devra consentir le centre hospitalier de Grasse, déjà embarqué, dans la plus grande incertitude, dans le projet de « groupement hospitalier de territoire » (GHT) avec Cannes et Antibes. La loi Touraine prévoit que tous les hôpitaux devront se regrouper en GHT d'ici à juillet 2016. D'un côté, on pressure le personnel à qui on demande toujours de nouveaux sacrifices : fins des remplacements l'été, heures supplémentaires non payées stockées dans un hypothétique compte épargne temps. De l'autre, on recourt

au nouveau mot magique : l'ambulatoire – hospitalisation de jour –, dont le gouvernement espère tirer 1,5 milliard d'économies. Fabrice Louis, président du comité médical d'établissement et médecin urgentiste depuis 25 ans à l'hôpital de Grasse, est dubitatif : « Et on fait quoi de nos patients qui ont besoin d'un lit en hospitalisation complète ? » C'est que, dans ce bassin de PACA, la population est plutôt âgée, voire très âgée, les touristes nombreux et les déserts médicaux affectent le moyen et le haut pays. Résultat : une demande importante constante. « On a déjà des problèmes pour orienter les patients vers un lit d'hospitalisation. Nous, soignants, n'avons pas la vision "économique" de la rentabilité, à savoir beaucoup de patients et moins de lits. » L'ambulatoire permet de tailler dans les équipes de nuit : une grosse économie sur la masse salariale. Et une manne pour les prestataires privés, déjà positionnés dans

le postopératoire, le maillon faible de l'ambulatoire dans le public. Patrice Cattaert, de la CGT, évoque le projet d'extension du groupe privé Orsac Mont-Fleuri. Celui-ci a sollicité un partenariat avec l'hôpital pour investir dans un centre de SSR (soins de suite et de réadaptation) qui serait implanté à proximité de l'hôpital ! « La marche forcée vers l'ambulatoire, c'est affaiblir encore plus l'hôpital public au profit du privé », insiste l'infirmier psy. Le service de réanimation de l'hôpital de Grasse a été sauvé en 2011 par la belle bataille de la population, des élus et du personnel. Mais sa suppression reste inscrite dans le schéma régional de santé. Aujourd'hui, les représentants des salariés rament pour mobiliser : trop d'opacité et de confusion autour des plans du gouvernement et des personnels épuisés à faire correctement leur métier et à sauver l'hôpital public.

L. M.

Le 28 mai, les personnels de santé ont défilé du siège de l'AP-HP puis jusqu'à celui du ministère de la Santé. Le 11 juin, une nouvelle manifestation réaffirmera leur opposition au projet du directeur, Martin Hirsch.

T2A, LE MODE DE FINANCEMENT QUI PLOMBE LES HÔPITAUX

La tarification à l'activité (T2A) a remplacé dès 2005 la « dotation globale ». Elle finance les hôpitaux en fonction du nombre d'actes effectués, qui sont tous enregistrés, « codés ». Leurs « tarifs » et leur « durée moyenne » sont évalués à partir d'échantillonnages. Exemple : si la « durée moyenne d'un séjour » pour appendicite est évaluée à 3 jours, l'établissement ne sera pas remboursé au-delà. Si le malade nécessite un séjour plus long parce qu'il a d'autres pathologies (diabétique, cardiaque...), l'hôpital sera déficitaire sur cet acte. D'où la course à l'acte, et la sélection des patients par le privé.



FREDERIC NUSSBAUM