



Circulaires et projets de lois organisent une médecine hospitalière au rabais

S. Veil a passé son temps au ministère de la Santé à mettre au point tout un arsenal de mesures qui remettent en cause aussi bien la Sécurité sociale que l'hospitalisation publique.

Barre et Barrot poursuivent cette sale besogne.

La conséquence en est un appauvrissement général et brutal du secteur de la santé.

- Soins réduits, de qualité encore plus médiocre.
- Licenciements massifs, alors que le manque de personnel est déjà criant.
- L'équipement hospitalier remis en cause à terme.

Neuf et moderne : l'hôpital de Rennes (ZUP-Sud). 500 lits. Prêt fin novembre. Ouvrira (peut-être) fin mars. Cause du retard : pas de crédits pour le personnel.

Le déficit de la Sécurité Sociale, ce véritable serpent de mer, est bien utile pour certains. Combien d'attaques, plus brutales les unes que les autres, contre le droit à la santé, déjà très précaire dans les familles ouvrières, ont-elles déjà été portées en son nom ! Et pourtant, le déficit est toujours là !...

Après les récentes augmentations des cotisations, la diminution conjointe des prestations, c'est aujourd'hui l'hospitalisation publique qui est dans la ligne de mire. Barrot poursuit la besogne que S. Veil a déjà bien engagée : rentabiliser le système sanitaire et social ; les capitaux ainsi dégagés seront autant de subventions supplémentaires accordées aux industriels pour conduire le redéploiement. N'est-ce pas là le vœu maintes fois réitéré du CNPF ?

L'hôpital est sur le banc des accusés. «Hôpital, monstre dévoreur de dépense sociale», «lieu de gaspillage». Rarement campagne gouvernementale n'aura atteint une telle violence. Elle est tout simplement à la mesure de l'attaque sans précédent qui se prépare contre l'hospitalisation publique et qu'il s'agit pour les Barre, Barrot d'essayer de faire admettre aux travailleurs.

S. Veil avait bien déclaré à l'Assemblée Nationale le 21 juin 1979 : «Nous n'avons pas du tout l'intention d'imposer aux conseils d'administration des Hôpitaux d'importantes fermetures de services. Loin de nous l'idée de dire il y a deux cents lits de trop ici, ou «tel établissement est devenu superflu». Où en sommes-nous 5 mois après ce discours «optimiste» et alors

que les différents projets de lois n'ont pas été encore adoptés par le parlement ?

Déjà, des mesures d'une extrême gravité sont mises en œuvre.

— Le blocage des budgets 1979, imposé par Barre dans une lettre du 25 juillet aux préfets, s'est soldé dès septembre par au moins 3000 licenciements d'auxiliaires, par la fermeture de milliers de lits, quand ce ne sont pas des services entiers dans de nombreux hôpitaux, comme à Châlons/ Marne, les services de cardiologie et de pneumologie. L'hôpital d'Apt dans les Hautes Alpes est aujourd'hui réduit à un hospice de 80 lits.

Toujours le 21 juin, S. Veil affirmait : «Il nous faut ne pas accepter les dépenses inutiles». De quoi est-il question ? A Dunkerque, au cœur de la si-

dérurgie, alors que les risques d'accidents sont permanents, un service de soins aux grands brûlés, récemment construit, n'est pas ouvert, les blessés sont transférés sur Lille avec tous les risques que cela comporte. Serait-ce là une «dépense inutile» ? Ou ne s'agit-il pas plutôt d'un manque scandaleux de crédits qui ne permet pas d'embaucher le personnel nécessaire ?

— Et ce n'est qu'un début, si l'on s'en tient aux différentes circulaires, projets de lois déjà discutés à l'Assemblée nationale et qui pourraient être adoptés au cours de cette session : circulaire du 29 mars relative au budget et à l'activité des établissements publics, projet de loi sur les équipements sanitaires, projet de budget global.

Dans une circulaire datée du 29 mars 1979, les ministères de la Santé et du Budget invitaient les directeurs des hôpitaux, les préfets, les comptables du trésor, à appliquer strictement, pour chaque établissement, le budget défini en début d'année. Freiner les dépenses de santé, les adapter aux ressources des régimes de Sécurité Sociale, dans la situation actuelle, se traduira par une dégradation des soins, une aggravation des conditions de travail du personnel hospitalier. Tel était l'objectif clairement affirmé de la circulaire.

Un freinage encore plus brutal pour 1980

« Vous devez rappeler aux gestionnaires hospitaliers le caractère limitatif des crédits ouverts dans les budgets approuvés. Cette règle doit retrouver toute sa vigueur.

« 1°) Vous devez rappeler aux gestionnaires hospitaliers le caractère limitatif des crédits ouverts dans les budgets approuvés. Cette règle doit retrouver toute sa vigueur dès 1979...

En particulier, la procédure des budgets supplémentaires sera limitée à des ajustements entre comptes et aux opérations intéressant les exercices antérieurs... »

2°) D'autre part, il est précisé que le budget primitif de 1980 sera déterminé à partir des dotations budgétaires autorisées au budget primitif 1979... »

Quel est le sens de ces différentes mesures ? Premièrement, jusque-là, les hôpitaux fonctionnaient avec une rallonge budgétaire qui leur permettait de faire face aux dépenses survenues en cours d'années, en particulier l'embauche, bien que très insuffisante, de personnel. Ce temps est révolu ! Quand bien même l'activité d'un hôpital s'accroîtrait pour répondre à une demande importante de soins, il ne lui serait pas possible d'embaucher. Bien plus, les ajustements entre les différents

comptes ouvrent la voie à la réduction de certains d'entre eux, et en particulier du plus important, celui des frais de personnel qui représentent 60 à 70 % du coût de fonctionnement d'un hôpital. C'est ce qui se produit aujourd'hui. Ou quand, comme au CHR de Reims, pour assurer les paies de novembre, ce sont les fournisseurs qui ne sont plus payés. Cet endettement pour 1980 risque de conduire à de nouveaux licenciements.

Deuxièmement, les budgets de 1980 seront déterminés à partir des budgets provisionnels de 1979, et non sur les dépenses réelles calculées sur les neuf premiers mois de l'année et qui sont toujours supérieures aux budgets provisionnels, rien que du fait de l'inflation. En somme, un freinage encore plus brutal est d'ores et déjà prévisible pour 1980.

Inciter

au refus des soins

« Les recettes hospitalières constituant des dépenses pour l'assurance-maladie, il convient de ne pas rechercher un accroissement systématique des recettes par rapport aux prévisions initiales.

Tout doit donc être entrepris dès 1979 par les gestionnaires et les médecins pour contrôler la croissance de l'activité hospitalière... »

Ce qui peut conduire certains hôpitaux à refuser des soins, à orienter une partie de leurs patients vers d'autres établissements, pour éviter un accroissement de leurs recettes.

« Au cas où un établissement connaîtrait un déficit de gestion à l'issue de l'exercice 1979, en raison d'une insuffisance de recette, et si les crédits alloués en début d'exercice n'ont pas été dépassés, il sera possible d'incorporer le déficit dès qu'il aura été constaté. » (ce qui veut dire que la Sécurité Sociale prendra en charge ce déficit).

Il s'agit là encore d'un encourage-

Un contrôle des plus rigoureux

« Compte tenu de l'importance des dépenses de personnel... vous devez contrôler en priorité que les gestionnaires, en liaison avec les comptables du Trésor, respectent bien les objectifs budgétaires autorisés et les crédits y afférents.

A cet effet, il conviendra de :
— n'approuver aucune délibération portant création d'emplois en cours d'exercice... »

Toujours en point de mire, les effectifs aussi bien titulaires qu'auxiliaires. La circulaire du 29 mars est on ne peut plus claire : pas question de créer des postes.

Il faut noter aussi que les mai-

gres pouvoirs dont bénéficient les conseils d'administration des hôpitaux sont quasi supprimés. Ce sont les instances préfectorales, des structures de contrôle financier qui se mettent en place actuellement, qui interviendront directement (pour empêcher une embauche, exiger telle ou telle suppression de poste), s'ils le jugent nécessaire. C'est la porte ouverte à la remise en cause des droits acquis, le statut même de titulaire n'est plus garanti.

Barre intervenait personnellement le 25 juillet pour faire appliquer ces mesures draconiennes. Dans une lettre aux préfets, il rappelait la circulaire du 29 mars et exigeait qu'elle soit appliquée de «manière ferme et absolue» ce qui a eu comme conséquence les 3 000 licenciements de septembre.

Tout ceci préfigure le budget global à propos duquel un projet de loi est déposé et devait être discuté pendant cette session.

Le budget global instrument d'un choix politique

Actuellement, les rentrées finan-

cières des hôpitaux correspondent à la valeur des soins effectués. Les établissements reçoivent quotidiennement des caisses d'assurance, sur la base des prix de journée et d'une facturation à l'acte, des sommes correspondant au remboursement pris en charge par la Sécurité Sociale. A cela s'ajoute le ticket modérateur directement payé par l'assuré. Toute cette facturation entre hôpitaux et Sécurité Sociale serait supprimée et remplacée par des versements mensuels correspondant au douzième du budget défini en début d'année et cela quel que soit l'activité de l'établissement.

Il est vrai que le système actuel pouvait inciter, en cas de sous-occupation des lits, à l'allongement de la durée du séjour ou à la multiplication des actes. D'ailleurs, Simone Veil ne s'est pas privé d'utiliser cet argument pour imposer son projet de budget global qui est avant tout l'instrument d'un choix politique. C'est une enveloppe forfaitaire et arbitraire qui sera fixée par le pouvoir central. S. Veil ne l'a pas caché : « Ce qui est envisagé, c'est de fixer un butoir à l'ensemble des dépenses hospitalières, de façon à les faire évoluer dans un cadre défini en fonction de ses ressources... »

Les besoins ne sont nullement pris en compte. Les soins seront dispensés en fonction des sommes disponibles dans les caisses d'assurance-maladie. Sommes qui diminueront au fur et à mesure que le chômage poursuit une courbe ascendante... A moins que de nouvelles augmentations des cotisations ne viennent rétablir l'équilibre. D'ailleurs, il y a dans l'air un projet d'une extrême gravité concernant la Sécurité Sociale. Il consiste à fixer des cotisations minima pour couvrir un risque minimum ; ceux qui voudraient être mieux couverts, et surtout qui en auraient les moyens, pourraient cotiser davantage...

HOPITAUX : L'ETRANGLEMENT FINANCIER

Par Marc LEVIGAN

LA TRONCHE (GRENOBLE) : UNE INFIRMIERE POUR 90 LITS

Interview de syndicalistes CFDT du Centre Hospitalier Régional

► Comment se concrétisent aujourd'hui les mesures de restrictions dans les hôpitaux ?

A deux niveaux. Celui du personnel pour qui les conditions de travail sont de plus en plus difficiles, et celui du malade pour qui les conditions d'hospitalisation, de guérison, deviennent de plus en plus approximatives. Il arrive que dans un service de médecine, il y ait une infirmière pour 90 lits. Dans un service de chirurgie, par exemple, où il y a 32 lits, nous ne sommes presque régulièrement que deux infirmières et trois aides-soignants. Un tel service veut dire une moyenne de 11 interventions par semaine, des journées allant jusqu'à six interventions. Comment s'occuper correctement de surveillances opératoires, des pan-

sements, des programmes de perfusions (parfois au nombre de 11), des visites avec les internes, quand nous ne sommes que deux ? De plus, il y a tout un travail administratif venant de demandes d'examen : il nous faut remplir les bons, les expédier, se préoccuper de récupérer les examens, c'est très contraignant. Pour les aides-soignantes, cela veut dire aussi un travail énorme. La plupart des gens sont handicapés par des interventions et n'ont aucune autonomie : il faut faire les lits, les toilettes. En plus de cela, chaque entrée et sortie de malade impose de faire les chambres à fond. Pour les aides-soignantes et les ASH (agents de service hospitalier) c'est du travail supplémentaire, étant donné qu'actuellement, pour rentabiliser les lits, les durées

d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, et donc les entrées de plus en plus nombreuses.

► Quelles sont les conséquences pour le personnel ?

D'une part, nous ne pouvons pas travailler correctement ; il y a de moins en moins de matériel : pénurie de matériel médical (moins de coton, de compresses, retard de livraison en produits pharmaceutiques), pénurie de matériel d'entretien (pas assez de javel, de gants de ménage, pas de savon...). D'autre part, du fait du manque d'entretien, nous sommes surchargés de travail, cela entraînant une tension, une fatigue insupportables. Par exemple, à la restauration, où ils devraient travailler à 17 au minimum, 14 agents assurent le travail des deux selfs. Récemment, deux agents ont eu une crise de nerfs et l'une d'elles a été transportée au pavillon d'urgence.

► Ces conditions de travail ont-elles des répercussions sur les conditions d'hospitalisations ?

Bien sûr, pour les malades, c'est l'insécurité permanente. Dans un service, par exemple, un étudiant faisant fonction d'infirmier travaillant la nuit a fait pendant le mois d'août 6 nuits, puis a eu un jour de repos, puis a travaillé 6 nuits, puis un jour de repos, puis deux nuits (la normale étant 4 nuits et 3 jours de repos). Comment répondre correctement aux besoins des usagers dans de telles conditions ? Les malades font également les frais des restrictions en matériel ; on rogne jusque sur la nourriture, on comptabilise les morceaux de sucre !

► Peut-on dire qu'il y a aussi insécurité de l'emploi dans le secteur public ?

Certainement. Actuellement, l'embauche du personnel sous la forme d'auxiliaire se généralise. Ce sont des contrats de 6 mois renouvelables qui impliquent le li-

cenciement à n'importe quel moment. Ce sont aussi des AHS qui sont encore stagiaires après un an et demi de travail. Ce sont des gens qui partent en disponibilité et qui, le moment venu de reprendre leur travail, ont leur disponibilité prolongée arbitrairement par la direction.

► Des actions ont-elles été menées sur ces restrictions ?

Depuis juin, juillet, la CFDT avec la CGT ont commencé des actions contre ces circulaires d'austérité, contre les restrictions budgétaires. Nous avons pendant les vacances lancé un travail d'enquête sur les effectifs et, depuis la rentrée, en assemblées générales (comptant 150 à 200 travailleurs) nous avons sensibilisé le personnel sur ces problèmes. Nous avons fait un rassemblement le jour où le conseil d'administration (CA) se réunissait pour discuter d'un nouveau budget supplémentaire. Nous avons présenté une motion demandant au CA de se prononcer contre cette politique d'austérité, cette motion a été repoussée.

► C'est une lutte que vous menez en inter-syndicale ?

Au départ, avant et pendant les vacances, l'unité n'était pas facile. La CGT se mobilisant plus sur des appels nationaux. Nous ne voyions que ponctuellement, sans suivi. Aujourd'hui, nos relations se sont améliorées, nous nous voyons régulièrement. Nous faisons nos AG et nos tracts ensemble. Il nous faudra être vigilants pour une action continue et coordonnée.

► Qu'en est-il de la mobilisation ?

Actuellement, nous en sommes plus à un travail de sensibilisation. Une des difficultés réside dans le fait que nous avons à faire à un CA de gauche (PS-PC), hormis les médecins UDF ou RPR qui se retranchent derrière le pouvoir ministériel et qui font semblant.

d'être du côté des travailleurs. Par exemple, les représentants du PS et du PC ont voté pour notre motion ; Dubedout, maire de Grenoble, s'est abstenu. Néanmoins, nous continuons notre travail de mobilisation en direction du personnel et des usagers. Nous voulons montrer notre détermination à défendre notre emploi, nos conditions de travail, nos salaires, l'hôpital public et la qualité des soins.

PETITE HISTOIRE POUR 1980

Extraît d'un tract CFDT d'Albertville

«Ce 10 mars 1980, la vieille Mathilde de Faretté fit un faux-pas en allant donner le grain à ses poules. Dame ! à 75 ans, on a le pied moins alerte. Toujours est-il qu'elle fit une mauvaise chute.

Il fallut appeler le docteur. Il dit que la mémé s'était cassé le «coudoufémur» et qu'il fallait l'emmener à l'hôpital, peut-être même l'opérer ! La mémé ne l'entendait pas de cette oreille, mais, quand même elle ne pouvait pas rester comme ça ! Et puis, finalement, elle serait à Albertville, elle aurait de la visite...

C'est justement à Albertville que les choses se sont vraiment gâtées pour Mathilde ! On ne pouvait pas la garder là. Eh oui, le «secteur chirurgie», comme ils disaient, avait été «transféré» à Chambéry !

Ils sont mieux équipés là-bas, lui assuraient-on. Nous referra une jambe neuve ! La mémé était à moitié convaincue.

Bon sang ! On avait écrit dans le journal qu'on avait retapé l'hôpital, qu'il y avait de belles salles d'opération et que ça avait coûté un tas de sous ! Alors, à quoi ça sert tout ça ?

Mais elle n'avait toujours pas le choix.

A Chambéry, en effet, on s'occupa de la jambe de Mathilde. Mais à cet âge, quand le moral n'y est pas... Sans visite (les enfants venaient une fois par semaine, on ne pouvait pas demander plus, pensez, la distance !), perdue dans ces couloirs, loin de ses paysages et de ses habitudes Mathilde dépérit rapidement.

Elle qui n'avait jamais été malade, elle mourut d'ennui.

Tout s'était pourtant bien passé, l'opération était parfaite, remarqua le chirurgien, très satisfait de son intervention.

Heureusement que ça se passe en 1980 !

Mais ça pourrait arriver, si la situation de l'hôpital d'Albertville continue à se dégrader.



Manifestation des hospitaliers à Châlons-sur-Marne (4 octobre)