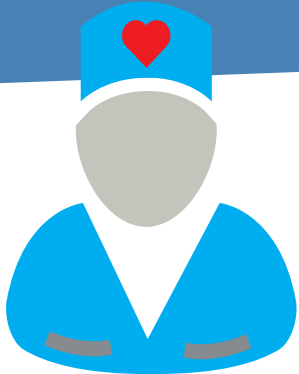


# DE RÉORGANISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ



**Notre système de santé rencontre aujourd'hui de graves difficultés (accès aux soins, privatisation accrue de la médecine...), sources de risques pour la santé de la population. La CGT développe des propositions pour résoudre ces problèmes et permettre une réorganisation de notre système de santé.**

## /1

### Il n'y a pas assez de médecins

**Problème** – Pendant près de 15 ans, le nombre de médecins en formation a été divisé par deux pour atteindre un plancher à moins de 4 000 par an alors que ce nombre était de près de 8 000 au début des années 1980. Nous retrouvons cette année à peu près ce même chiffre.

Si le nombre de médecins a pu être maintenu en France ces dernières années, ce n'est que grâce à l'apport de médecins formés à l'étranger : aujourd'hui près de 25 % des nouveaux médecins qui s'inscrivent au Conseil de l'Ordre ont obtenu leur diplôme hors de France. Dans le même temps, le pourcentage d'admis au concours de fin de première année est d'environ 15 %. Il ne manque donc pas de jeunes en France pour devenir médecins, mais ils sont rejetés par le système et certains d'entre eux partent à l'étranger pour faire leurs études.

Par ailleurs, le nombre de spécialistes exerçant en France a fortement augmenté et dépasse celui des généralistes. Mais le nombre de généralistes exerçant vraiment une activité de médecin de famille est inférieur de moitié au nombre d'inscrits au Conseil de l'Ordre. Ils ne sont que 45 000 et sont mal répartis sur le territoire.

### SOLUTIONS

► Suppression du *numerus clausus* et possibilité laissée aux universités d'organiser plusieurs voies d'entrée dans les études de médecine, y compris la possibilité d'intégrer le cursus après une validation des acquis de l'expérience (VAE) pour certains professionnels, notamment paramédicaux.

► Formation de plus de généralistes que de spécialistes pour mieux répondre aux nouveaux besoins d'une population vieillissante atteinte de polyopathologies pour laquelle l'objectif n'est plus de « guérir » mais de garder le meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible.

## /2

### Les médecins sont mal répartis sur le territoire

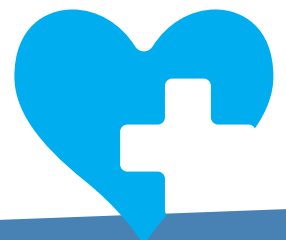
**Problème** – Les médecins sont de plus en plus concentrés dans les centres des grandes villes tandis qu'ils désertent les campagnes et les banlieues. Par ailleurs, certains spécialistes sont soit complètement absents de certaines zones, soit ils appliquent tous des dépassements d'honoraires qui limitent leur accès aux plus précaires.

Toutes les mesures « incitatives » proposées par les différents gouvernements depuis plus de vingt ans se sont avérées vaines. En effet, les zones alors déficitaires le sont encore plus aujourd'hui !

### SOLUTIONS

► Les zones d'installation permettant un conventionnement par la Sécurité sociale sont définies annuellement par les pouvoirs publics. Les médecins qui s'installent hors de ces zones ne sont pas conventionnés. Ce système a été mis en place pour les infirmières il y a plusieurs années et a permis une nette régression des disparités géographiques – sans provoquer de lever de bouclier dans la profession.

► Mise en place de mécanismes de réorientation professionnelle permettant de contractualiser avec les praticiens volontaires, la prise en charge financière de leur formation continue contre un engagement à travailler dans une zone prédéfinie.



# /3

## **Le mode d'exercice en cabinet isolé n'est plus adapté et ne correspond plus aux aspirations des jeunes médecins**

**Problème** – Aujourd'hui moins de 10 % des jeunes médecins s'installent en cabinet libéral isolé et en général à un âge de plus en plus tardif (entre 35 et 40 ans).

L'aspiration majoritaire des jeunes médecins (au sein d'une profession majoritairement féminine) s'articule autour de deux axes principaux : une activité en groupe pluriprofessionnel et le salariat (ou une rémunération globalisée au sein d'une structure dont la gestion administrative n'est plus de leur responsabilité).

### **SOLUTIONS**

► Développement de centres de santé pluriprofessionnels dont la gestion peut être assurée par des établissements publics de santé, des collectivités locales, des structures coopératives ou des associations à but non lucratif

► Dans ce cadre, le médecin est soit salarié, soit travailleur indépendant au sein d'une structure de gestion collective.

# /4

## **La rémunération à l'acte n'est plus adaptée au mode d'exercice actuel qui nécessite une collaboration entre de multiples professionnels organisant un parcours de soin adapté à chaque patient sans rupture entre la ville et l'hôpital**

**Problème** – La médecine du XXI<sup>e</sup> siècle n'est plus celle du début du XX<sup>e</sup> siècle et du paiement à l'acte. Aujourd'hui, le constat est celui d'un patient qui va d'un professionnel de santé à un autre avec un empilement d'actes sans véritable coordination. Ce travail de coordination, essentiel aujourd'hui pour une bonne prise en charge, ne rentre dans aucune case. Le résultat est souvent de mauvaise qualité, avec un « nomadisme » médical, une surconsommation de médicaments – ayant de nombreux effets secondaires, source de nouveaux problèmes de santé – et un patient qui se sent trop souvent perdu et insatisfait. Tout cela provoque ce que l'on appelle une perte d'efficacité. En d'autres termes, il s'agit d'un véritable gâchis où les moins armés pour s'orienter – à savoir les moins éduqués et les plus pauvres – sont mal ou trop tardivement pris en charge.

### **SOLUTIONS**

► Fin de la rémunération à l'acte et financement forfaitisé – avec une part liée à la variation du volume d'activité – des structures de soins conventionnées avec la Sécurité sociale.

► Les structures de soins rémunèrent les professionnels de santé soit sous forme de salaire, soit, dans le cas de structures associatives regroupant des travailleurs indépendants, sous la forme d'une rémunération globale en fonction des critères définis par leurs membres.

# /5

## **Le manque de lien entre la ville et l'hôpital**

**Problème** – Historiquement, ces deux mondes se sont développés de manière parallèle sans véritable coordination, voire parfois en opposition.

Les enjeux d'une continuité nécessaire entre la ville et l'hôpital sont mis en lumière par l'évolution catastrophique de la situation des urgences. La fin de l'obligation de la garde des médecins de ville décidée en 2002 par le ministre de la Santé de l'époque, Jean-François Mattéi, a abouti à une augmentation de plus de 50 % du nombre de passages aux urgences : 12 millions de passages en 2002, près de 19 millions en 2015. Cette situation était prévisible au regard des expériences étrangères du même type. Il n'est par ailleurs pas acceptable que certains politiques et médecins (qui sont d'ailleurs parfois les mêmes !) essaient de culpabiliser les patients qui « viendraient pour des bobos aux urgences » et ont même inventé le terme de « bobologie ». De nombreuses études ont montré deux choses : premièrement, les patients viennent aux urgences car ils ne peuvent plus obtenir une consultation auprès de leur médecin traitant – quand ils en possèdent un – dans la journée et ils se présentent par défaut aux urgences ; deuxièmement, ils déclarent que même si le délai de prise en charge est de plusieurs heures, ils trouvent « tout » sur place, alors que leur médecin traitant, en cas de problème, va leur demander une radio ou une prise de sang, ce qui génère de nouveaux rendez-vous et déplacements difficiles à gérer.

Un autre exemple est la sortie de l'hôpital du patient le vendredi soir sans compte-rendu et sans organisation des soins en ville. Trop souvent, les plus fragiles, notamment les personnes âgées, se retrouvent isolés dans des situations inextricables pour trouver une infirmière ou pour se procurer le matériel médical dont ils ont besoin.

### **SOLUTIONS**

► L'organisation du système doit se faire au niveau territorial entre l'hôpital et les centres de santé, soit en gestion directe (centre de santé géré par l'hôpital), soit de manière contractuelle (autre gestionnaire).

► Une activité mixte ville-hôpital pour un nombre important de médecins, ce qui correspond à leurs aspirations et permet également une gestion optimale des ressources humaines, notamment des spécialistes.

► Pour l'hôpital, cela exige, comme pour la ville, de sortir du financement à l'acte (T2A ou tarification à l'activité) pour passer à un financement forfaitaire sur la base d'objectifs de santé intéressant le territoire au sein duquel l'hôpital et un réseau de centres de santé gèrent l'offre de soin.

# 16

## La coexistence d'un service public et d'un secteur privé à but lucratif au niveau de l'hospitalisation

**Problème** – La mise en place en 1945 de la Sécurité sociale a laissé perdurer de nombreux éléments de l'ancien système, que ce soient les assurances complémentaires, la médecine libérale ou les cliniques privées. Il s'agit d'une situation étonnante au regard du système étatisé anglais ou du système allemand où seul le secteur privé à but non lucratif a droit de cité.

Avant le tournant de la rigueur des années 1980, les progrès de la médecine alliés au développement d'hôpitaux publics modernes, notamment des CHU, a masqué le fait que le «ver était dans le fruit». En effet, tant que les cliniques privées étaient des structures mises en place par des médecins qui en étaient les propriétaires, personne n'y voyait d'inconvénient. Mais au tournant des années 1990, des investisseurs, notamment étrangers, ont racheté ces cliniques et ont souhaité rentabiliser leurs capitaux. Sont alors apparus en plein jour les réalités d'un système à but lucratif : sélection des activités rentables, restructurations massives et concurrence avec le système public. Aujourd'hui nous sommes face à de grands groupes dont certains comme Elsan ont leur siège dans un paradis fiscal et sont de véritables prédateurs.

### SOLUTIONS

► Le conventionnement par la Sécurité sociale est réservé aux structures publiques et privées à but non lucratif. Les établissements privés à but lucratif ne peuvent bénéficier d'un financement par la Sécurité sociale.

► L'objectif est de construire un grand service public de la santé reposant sur des centres de santé et des hôpitaux à statut public, avec du personnel bénéficiant du statut de la Fonction publique. La santé fait partie pour la CGT des domaines d'activité qui relèvent de la responsabilité de l'État, car il s'agit d'un bien commun qui ne peut être dans la sphère du secteur marchand.

# 17

## Une part de plus en plus importante de la population ne peut plus bénéficier d'un établissement hospitalier de proximité dans son territoire

**Problème** – La stratégie des libéraux est d'ouvrir le marché de la santé au capital. Pour cela, il est nécessaire d'affaiblir l'épine dorsale du système public de santé, à savoir l'hôpital public. C'est ainsi que depuis maintenant près de trente ans, nous assistons à la fermeture progressive de la plupart des hôpitaux de proximité. Dans un premier temps, l'argument de la sécurité a été mis en avant sans aucune preuve de cette affirmation, puis aujourd'hui c'est celui de la pénurie médicale qui a été sciemment organisée pour aboutir à cette évidence !

Plusieurs arguments viennent contredire cette «logique». Premièrement, la fermeture des maternités de proximité, alors qu'on nous propose aujourd'hui de les remplacer par des maisons de naissance où ne seront présentes que des sages-femmes. Deuxièmement, la fermeture des blocs opératoires, du fait de leur faible activité qui nuit à la qualification des chirurgiens. Or ce qui compte n'est pas le nombre d'actes par bloc opératoire, mais bien le nombre d'interventions par chirurgien. À l'heure du développement de la chirurgie ambulatoire, la problématique est bien que le chirurgien se déplace et exerce sur plusieurs sites, plutôt que de demander au patient de se déplacer dans des « usines à opérer » très loin de chez lui.

### SOLUTIONS

► Il s'agit de maintenir et de développer un maillage d'hôpitaux de proximité qui corresponde à une logique d'aménagement du territoire.

► L'hôpital de proximité est un établissement doté d'un service d'urgences, d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées (Ehpad, USLD). Il est en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.





## Les décisions dans le domaine de la santé souffrent d'un manque de démocratie

**Problème** – Cette situation s'est aggravée avec la mise en place des ARS (agences régionales de santé). Si l'objectif d'un pilotage territorial du secteur de la santé peut être considéré comme une avancée, la nouvelle configuration régionale a créé des entités qui ont la taille de certains pays européens, avec un éloignement des structures décisionnelles du terrain. Par ailleurs, la concentration des pouvoirs dans les mains du directeur général ne laisse quasiment aucune place à l'expression démocratique. Enfin, l'absorption de structures de la Sécurité sociale a pour unique objectif de prendre le contrôle financier de cette institution, qui ne devient plus qu'un payeur aveugle.

### SOLUTIONS

- ▶ Rétablissement de structures administratives déconcentrées de l'État dans les territoires comme l'étaient les Ddass et les Drass. Ces structures doivent retrouver leurs prérogatives qui ont trop souvent été confiées à des « agences » développées en dehors de l'administration d'État.
- ▶ Création de Chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels et des organisations syndicales de salariés, les organismes de Sécurité sociale et les services déconcentrés de l'État.

**Pour plus de détails, se référer aux pages 4 et 5 du document  
« Système de santé : nos propositions alternatives »  
disponible sur le site [www.cgt.fr](http://www.cgt.fr)  
rubrique « Société » puis « Système de santé »**

Vous ne voulez pas en rester-là ! Ensemble, dans le syndicat,  
nous serons plus forts.

Bulletin de contact et de syndicalisation

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

Âge : ..... Profession : .....

Entreprise (nom et adresse) : .....



Bulletin à renvoyer à La CGT, espace Vie syndicale, case 5-1, 263 rue de Paris - 93516 Montreuil Cedex,  
téléphone : 01 55 82 81 94, fax : 01 48 51 51 80, courriel : [orga@cgt.fr](mailto:orga@cgt.fr). **Vous pouvez aussi adhérer en ligne sur [www.cgt.fr](http://www.cgt.fr)**