

# Coter et compter, c'est pas coton

**Quand la logique comptable prime sur celle du soin, les patients en sont les victimes et les soignants sont en souffrance.**

**Jean-Luc Landas,** praticien hospitalier en anesthésie-réanimation, CHU de Nantes, membre du collectif nantais pour le droit à la santé et à la protection sociale pour toutes et tous.

Depuis 1983 existe une volonté politique de contenir les dépenses de soins. A l'hôpital, ce fut d'abord l'instauration de la dotation globale, déconnectée de l'activité, puis en 2008 la tarification à l'activité (T2A) – l'hôpital est essentiellement financé à l'acte de soins réalisé – et en 2009 la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires : la logique comptable prime sur celle du soin, le directeur de l'hôpital, sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé et du ministre, en est le garant. Des plans de retour à l'équilibre financier – euphémisme pour plan d'austérité – sont mis en place.

A Nantes, des centaines d'équivalents temps plein sont supprimés – essentiellement du personnel non titulaire –, mettant en cause les remplacements pour arrêts maladie ou maternité ou congés annuels. Simultanément, une augmentation de l'activité est exigée : 20 % de plus de 2007 à 2012.

La souffrance du personnel augmente : désorganisation de la vie familiale (rappels sur le temps de repos, heures supplémentaires imposées), dégradation de la qualité du travail réduit à la seule exécution de l'acte de soins, perte de la qualité de la relation au patient et sa famille, sentiment de vulnérabilité engendré par la crainte de l'erreur en raison de pression de « production ». Fin 2011, les médecins du travail s'alarment : irritabilité, anxiété, crises de larmes, syndrome d'épuisement, troubles du sommeil et digestifs, troubles musculo-squelettiques en augmentation. En réaction, les grèves catégorielles se multiplient : ici les infirmier-e-s d'un service ou d'un bloc opératoire à bout de souffle, là les aides-soignant-e-s en sous effectif chronique, ailleurs tout le personnel d'un service que l'on déménage, aujourd'hui les secrétaires médicales que l'on veut mutualiser – faire plus avec le même nombre d'employées. Du jamais vu, les cadres soignants, en grève, ont boycotté à 100 % une réunion de la direction : impossible d'assurer la qualité du service public avec les moyens alloués. Ces mouvements ont peu de répercussion sur l'activité : l'assignation du personnel gréviste est quasi

**La qualité de l'acte médical se réduit alors à la qualité de l'annonce du caractère aléatoire de la date opératoire : triste époque !**

La souffrance du personnel augmente : désorganisation de la vie familiale (rappels sur le temps de repos, heures supplémentaires imposées), dégradation de la qualité du travail réduit à la seule exécution de l'acte de soins, perte de la qualité de la relation au patient et sa famille, sentiment de vulnérabilité engendré par la crainte de l'erreur en raison de pression de « production ». Fin 2011, les médecins du travail s'alarment : irritabilité, anxiété, crises de larmes, syndrome d'épuisement, troubles du sommeil et digestifs, troubles musculo-squelettiques en augmentation. En réaction, les grèves catégorielles se multiplient : ici les infirmier-e-s d'un service ou d'un bloc opératoire à bout de souffle, là les aides-soignant-e-s en sous effectif chronique, ailleurs tout le personnel d'un service que l'on déménage, aujourd'hui les secrétaires médicales que l'on veut mutualiser – faire plus avec le même nombre d'employées. Du jamais vu, les cadres soignants, en grève, ont boycotté à 100 % une réunion de la direction : impossible d'assurer la qualité du service public avec les moyens alloués. Ces mouvements ont peu de répercussion sur l'activité : l'assignation du personnel gréviste est quasi

systématique, confirmée par le tribunal administratif : le centre hospitalier universitaire doit assurer la continuité du service public. Ce juge ignore-t-il que, presque tous les jours, des interventions, des hospitalisations sont reportées faute de personnel, de place dans les services, que pendant des mois l'activité d'un bloc opératoire a été diminuée (la moitié du personnel en arrêt), que s'allongent les listes d'attente pour intervention ? A quand la condamnation du directeur, du ministre ? Dites-le moi, dites-le moi !

Praticien hospitalier, j'annonce en consultation l'incertitude sur la date d'intervention à des patients souvent âgés, à leur famille qui s'organise pour cet événement majeur qu'est une intervention chirurgicale lourde. La qualité de l'acte médical se réduit alors à la qualité de l'annonce du caractère aléatoire de la date opératoire : triste époque ! J'ai choisi d'exercer à l'hôpital pour me consacrer entièrement à la médecine, la recherche clinique, l'enseignement : à l'administration de me donner les moyens d'assurer ces missions en n'ayant aucun lien d'argent avec les patients. Aujourd'hui, mes patients sont soumis aux franchises sur l'hospitalisation, les médicaments, les transports. Aujourd'hui, je reçois les rapports financiers d'exercice, je suis invité aux réunions de cotation alors que je ne peux participer aux réunions cliniques pris par mes activités primordiales de soins : il nous faut coter et compter, mais surtout pas poser des questions sur le bail emphytéotique ou sur les emprunts toxiques (responsables d'un surcoût de plus de la moitié du déficit dénoncé comme rédhibitoire en 2007 au CHU de Nantes).

Aujourd'hui, les praticiens hospitaliers peuvent être intéressés financièrement aux résultats par contrat avec le directeur de l'« établissement de soins » : même l'expression « hôpital public » est supprimée : quel aveu ! Car c'est bien de sa déconstruction pierre à pierre qu'il est question par l'institution d'une convergence des tarifs entre secteur public et secteur privé. La pression de productivité est incompatible avec les missions d'enseignement, de recherche par essence chronophages. Tous les jours, nous sommes entourés de stagiaires : c'est une nécessité et notre mission.

Devant tant d'obstination, la lutte est difficile, les

obstacles nombreux et la tentation est grande d'abdiquer pour tout simplement se protéger : comment soigner et être privé de considération, de moyens, souffrir soi-même ? Praticien hospitalier depuis plus de trente ans, je n'ai jamais ressenti à

la fois autant de souffrance et de renoncement parmi le personnel hospitalier. Alors j'ai choisi : j'exerce à mi-temps dans le cadre de la retraite progressive. Il me reste ainsi du temps pour vivre, penser et lutter. —

## Rattachement, avez-vous dit ?

■ **Didier Ménard**, médecin généraliste

L'efficacité de la gestion de l'Assurance maladie en région Ile-de-France a conduit celle-ci à centraliser tous les dossiers « assurance maladie » des prisonniers dans le département de l'Essonne. Donc les pensionnaires des maisons d'arrêts des autres départements ont leurs dossiers du côté d'Evry. Comme chacun sait, ceux qui restent en prison toute leur vie sont rares. Quand ils en sortent, ils retournent le plus souvent chez eux, mais là attention. Il ne faut pas être malade tout de suite ! Le dossier Sécu doit revenir dans le département et il ne suffit pas de le demander, je viens de découvrir qu'il faut que la personne soit rattachée. Ne me demandez pas ce que cela signifie, je n'ai pas réussi à le savoir et la télé-conseillère non plus. En tout cas, pas de rattachement pas, de soins. L'un de mes patients est dans cette situation, le problème est qu'il a un besoin urgent d'un bilan (maladie rénale), et je ne peux rien faire tant qu'il n'est pas rattaché !! Il se propose bien d'aller lui-même à la CPAM, mais comme il est très en colère et que celle-ci est mauvaise conseillère, je ne voudrais pas que cela se termine par un pugilat et que, pour le coup, il soit de nouveau rattaché, mais là je sais comment : avec des menottes !!! —

## Inventaire à la Prévert

■ **Sylvie Cognard**, médecin généraliste

Quatre déménagements en cinq ans. Quatre lieux de vie différents : une petite ville, deux villages et un hameau. A chaque fois, il faut trouver un nouveau médecin traitant, c'est comme ça si l'on veut être pris en charge pour sa santé.

En cinq ans : deux accouchements. Un enfant naît dans un petit hôpital de proximité juste avant sa fermeture sur l'autel de la rentabilité. Un autre enfant vient au monde quinze mois après, ce sera dans la voiture, la maternité était trop éloignée, il neigeait et le bébé était pressé de dire bonjour...

Deux suivis de grossesse, des suivis de nourrissons, des petites maladies, une grippe non vue par un médecin, peut-être H1N1, un « burn-out », des accidents, une fausse-couche et une maladie grave avec une hospitalisation à la clé. Des soignants sympas et attentionnés, d'autres antipathiques et inquisiteurs, on n'a pas toujours le choix. Et si parfois, on peut avoir le choix, il ne faut compter, ni les kilomètres, ni le temps. Une généraliste d'origine roumaine, des sages-femmes humanistes, un pédiatre hospitalier féroce, un gynécologue gentil, un autre qui ne semble pas aimer les femmes, un kiné, un ostéopathe.

Dernier déménagement fin août, il y a l'examen obligatoire des neuf mois à faire. Renseignements pris dans le centre de PMI le plus proche, c'est réservé aux habitants du département ! Ben oui, mais quand on habite sur la « frontière », le centre PMI le plus proche du département, c'est à quarante minutes de route... C'est pratique avec un bébé ! Aucun médecin de la région ne veut prendre de nouveaux patients...

Septembre : épisode infectieux respiratoire aigu qui tourne mal chez la petite dernière et dépasse les qualités soignantes des parents. Pas de possibilités d'être reçu par un généraliste... Service des urgences de l'hôpital le plus proche. Diagnostic d'une infection à mycoplasmes. Trois jours plus tard, les deux parents sont malades, pas de possibilités de rendez-vous. Il faudrait se rendre à la permanence du généraliste de nuit et payer le tarif fort. C'est un membre de la famille, médecin, qui va faxer des ordonnances à la pharmacie pour que les parents puissent se soigner, avec comme hypothèse que les parents ont la même chose que leur bébé... Bonne pioche !

Enfin une généraliste accepte de voir la petite pour son examen du neuvième mois.

Le courant passe bien, elle veut bien « adopter » toute la petite famille, nous sommes fin octobre. —