

Réponse de Dominique VOYNET
candidate des Verts à l'élection présidentielle 2007
pour l'Inter-syndicat National des Praticiens Hospitaliers
janvier 2007

1°/ Une priorité budgétaire, Oui, et surtout une priorité politique. Notre système de santé est en crise et il est important de trouver une issue positive à cette crise en le réorganisant en fonction des objectifs et des résultats de santé publique. Pour moi, l'enjeu central est de passer d'une politique des soins à une politique de santé.

2°/ Dans l'objectif d'assurer l'accès aux soins et le droit à la santé sur tout le territoire, il est essentiel de maintenir et d'assurer la qualité d'un service public de soins et d'un service public de prévention sur tout le territoire. La disparité des systèmes de gestion est trop grande entre privé à but lucratif, privé à but non lucratif, service public, pratique libérale secteur 1, pratique libérale secteur 2, etc... A court terme, la seule solution est de travailler à la complémentarité des dispositifs permettant de desservir la population et au respect des mêmes obligations, tout en visant à réduire les disparités. Il faut être vigilant à ce qu'un effet de filière ne sélectionne pas les publics selon leur capacité contributive, ou les pathologies selon leur rentabilité, en s'appuyant sur les mécanismes de la tarification à l'activité, T2A, et de la codification des actes médicaux, CCAM. Sur le plan des principes, autant les établissements privés à but non lucratif nous semblent avoir toute leur place, autant, pour des raisons éthiques, envisager l'activité de soin comme une activité purement lucrative nous semble poser problème. Autant la rémunération de la compétence est une nécessité, autant l'actionariat ne nous paraît pas légitime dès lors que la santé est avant tout un bien public, un bien collectif, qui ne doit pas être soumis aux logiques de marché.

3°/ En tout premier lieu, le service public doit s'occuper des secteurs aujourd'hui marginaux : la santé environnementale et professionnelle, l'éducation et la promotion de la santé. Ces 2 secteurs sont des axes majeurs de notre programme. Bien sûr, il faut également se préoccuper des soins. Dans ce domaine, les priorités sont la structuration du système de santé de proximité, à commencer par la couverture du territoire par la médecine générale, et le fonctionnement des hôpitaux publics. Les coopérations public-public sont tout aussi nécessaires que les coopérations public-privé. Les hôpitaux publics doivent, au delà de leur compétence de niveau général, se « spécialiser » sur un secteur spécifique afin d'y jouer la carte de l'excellence sans se concurrencer : par exemple sur la cardiologie, la gastro-entérologie, la neurologie etc ... Cette coopération intelligente est la clef pour faire face à la concurrence du privé. Cette coopération doit être régionalement organisée, ou par bassin de vie, comme cela a été fait, par exemple, en Basse-Normandie. L'hôpital doit s'inscrire dans une coopération avec le système de santé de proximité dans le cadre des réseaux de santé.

4°/ Les nouvelles missions adaptées à la situation sociale actuelle doivent continuer à être prises en compte. Mais pas nécessairement par l'hôpital. L'hôpital a été amené à pallier les carences du système de santé de proximité. L'exemple des urgences en est la meilleure illustration. Faute de prises en charge locales, la demande s'est portée sur l'hôpital, avec les conséquences sur l'activité programmée, ce qui a facilité d'autant le transfert sur le privé. Il faut faire le point sur l'analyse des besoins, les types d'organisation possibles pour y répondre et la formation nécessaire des personnels, qu'ils soient hospitaliers ou en ville.

5°/ Les innovations, type réseaux de santé, doivent faire l'objet d'une évaluation au bout de 3 à 5

ans d'expérimentation. Les innovations sont nécessaires, mais elles devront être adaptées, voire réorientées en fonction des résultats de l'évaluation. ceci dit, les réseaux doivent s'organiser sur des logiques de territoire plutôt que sur des logiques de pathologies. Les maisons de santé où on retrouvera accès aux soins et prévention, soignants et para médicaux, voire personnels sociaux doivent faciliter cette nouvelle organisation des soins.

Une politique de santé doit s'organiser autour du parcours de la personne, éviter les ruptures et les cloisonnements.

6°/ La régionalisation est la clef de voûte de la refondation du système de santé . Il faut prendre acte des inégalités régionales particulièrement importantes en France, par rapport aux autres pays européens. La région est l'échelon le mieux adapté pour définir une politique adaptée aux besoins. La décentralisation m'apparaît comme la seule solution pour vaincre les lourdeurs et les blocages actuels en rapprochant la décision de ses conséquences sur le terrain. Dans un nouveau dispositif, réellement régionalisé, l'Etat pourrait mieux assumer son rôle et au service de tous les citoyens en se recentrant sur le pilotage, le contrôle et la réduction des inégalités régionales.

7°/ L'irruption des usagers dans le débat sur la politique de santé m'apparaît comme la seule solution pour remettre au centre du débat le service rendu à la population en termes de santé. C'est la base de la nouvelle démocratie sanitaire que nous préconisons. Les Verts sont favorables à des Conseils Régionaux de la Santé, avec un Conseil d'Administration composé de 3 collèges, dont un serait formé de représentants des usagers élus directement par les citoyens . Un second serait formé par les élus des collectivités locales et un 3ème serait celui des professionnels de santé, élus également par leurs pairs.

8°/ Ce constat est au cœur du programme de santé des Verts. La crise du système de santé est avant tout une crise sanitaire. L'OMS Europe estime que 86 % de la mortalité et 77 % de la morbidité sont dus aux maladies chroniques et que 80 % des maladies cardiovasculaires et des diabètes, 40 % des cancers pourraient être évités. Ces épidémies de maladies chroniques ont un coût économique à travers l'explosion des ALD. On ne résoudra la crise que si on agit à la source sur les causes de maladies en faisant reculer les grandes maladies chroniques actuelles. Cela suppose de refonder le système de santé sur 3 piliers soins, environnement et éducation.

Nous proposons de réorganiser l'ensemble des institutions de gestion des politiques de santé en 3 agences : Agence de l'Offre de Soins, Agence de la Santé Environnementale et Professionnelle, et Agence de l'Education et la Promotion de la Santé. Ces 3 agences se déclinent au niveau national et au niveau régional. L'organisation en 3 pôles nous semble indispensable pour que la Santé Environnementale, l'Education et la Promotion de la Santé ne soient pas laissées pour compte et marginalisées alors qu'elles doivent être des priorités puisqu'elles permettent de limiter les causes des maladies de civilisation.

9°/ Nous sommes contre le concept Hôpital entreprise. L'Hôpital est avant tout un élément du service public de santé et doit être organisé et jugé par rapport à des objectifs de santé.

Nous ne sommes pas partisans de l'externalisation. Le Plein-Temps hospitalier a été un progrès considérable il y a 30 ans, permettant d'assurer un service suivi et de qualité dans les hôpitaux publics. Il ne faut pas perdre cet acquis.

10°/ Le système de gestion mis en place en 1945, basé sur le paritarisme, correspondait à un système d'assurance permettant de faire bénéficier d'un revenu de substitution les travailleurs

salariés malades, dans l'incapacité de travailler. La situation a beaucoup changé. Il s'agit aujourd'hui essentiellement de gérer le système de soins, qui s'adresse à tous, salariés, chômeurs, enfants, retraités, etc... De plus, la nouvelle politique doit s'orienter vers la prévention. Pour s'adapter à la situation, nous proposons, d'une part, d'associer les représentants des usagers à la gestion et, d'autre part, de reconstruire la démocratie sanitaire. C'est l'objet des Conseils Régionaux de Santé que nous proposons. Le financement de l'assurance maladie doit continuer à être basé sur la solidarité.

Toutefois, les modes de financement doivent être diversifiés : CSG proportionnelle, à l'assiette élargie, cotisations patronales assises sur la valeur ajoutée. Le principe pollueur – payeur doit être appliqué, notamment sur des activités comme la publicité, la précarité, les pesticides...

11°/ La T2A est intervenue dans un contexte déjà difficile pour les hôpitaux publics. En effet, le système du Budget Global, depuis un certain nombre d'années, a permis aux pouvoirs publics de contenir l'évolution budgétaire des hôpitaux publics, créant une situation de gestion réellement tendue.

Sur ce plan, il est clair que la disparité des statuts entre hôpitaux publics et hospitalisation privée est trop importante. Un bilan des disparités, portant sur la nature des activités réciproques, sur la desserte des populations comme sur les coûts d'activités comparables est absolument nécessaire et aurait dû être préalable à la mise en place de la T2A.

Par ailleurs, la T2A ne prend pas en compte les activités qui ne sont pas codifiées en termes de soins curatifs, à commencer par les activités de prévention et d'éducation pour la santé.

Ceci étant, tout système de calcul des ressources financières des hôpitaux a des effets pervers et l'objectif de développer la transparence de la gestion et de permettre une comparaison et une analyse des coûts restent des objectifs légitimes.

Au total, nous proposons dans notre programme un moratoire sur la T2A. Il est nécessaire de voir plus clairement ce qui se fait à l'hôpital, mais cela ne doit pas être utilisé pour définir le mode de financement. Nous sommes favorables à la définition d'un nouvel indicateur de gestions incluant des objectifs de santé publique.

12°/ La direction d'un hôpital implique de faire se rencontrer 3 types de compétences : administrative et financière, en soins médicaux et en santé publique. Il est logique que le Directeur soit une personne compétente en gestion et ayant reçu un minimum de formation en santé publique. Mais le partenariat avec le corps médical est essentiel et indispensable. Nous sommes favorables à garder un système séparant l'autorité administrative et l'autorité médicale.

Il est nécessaire de faciliter la communication et la collaboration entre administratifs et médecins, sur la base des objectifs et des résultats de santé publique. De ce point de vue, l'expertise en santé publique n'est pas assez présente, tant en ce qui concerne les activités de prévention et d'éducation menées par l'hôpital qu'en ce qui concerne l'impact des activités hospitalières sur la situation sanitaire. Enfin, concernant les orientations et les priorités, le poids des usagers est encore insuffisant et est à renforcer en donnant des moyens d'expertise aux associations représentatives des usagers.

13°/ La crise de la démographie médicale est tout à fait anormale car l'évolution numérique de la médecine est facile à prévoir compte tenu de la durée des études et du nombre de places en formation. Elle n'est pas un accident. Elle représente un des échecs graves des politiques antérieures.

Dans ce contexte, l'urgence est, d'une part, d'assurer la couverture du territoire par la médecine générale et, d'autre part, de retenir les médecins spécialistes dans les hôpitaux publics.

Les mesures à prendre d'urgence sont :

- Fixer les nombres de postes en formation en fonction des besoins de la population, à l'entrée en médecine, entre généralistes et spécialistes, entre spécialités ;
- Faciliter l'installation des généralistes dans les zones en voie de désertification. On ne peut pas accepter que, dans certains cantons, il n'y ait plus un seul médecin ;
- Réduire les disparités de statuts des médecins et les attirer vers les postes vacants.

A terme, il faudra instaurer une carte de l'équipement médical, permettant ou non l'installation en fonction des besoins. Nous sommes favorables à l'instauration de quotas minimaux et maximaux. Ce type de dispositif est acquis pour les pharmaciens, qui ne sont pas plus révolutionnaires que les médecins !

14°/ Concernant la rémunération des praticiens, la situation nous paraît mûre pour des évolutions. Il s'agira en premier lieu d'expérimenter de nouveaux modes d'exercice avec les médecins volontaires, leur assurant une juste rémunération pour une pratique plus globale et davantage tournée vers la santé. Le système de rémunération devra se démarquer de la médecine symptomatique et de la surconsommation, pour favoriser le suivi dans la durée de la santé des patients, l'analyse et la prévention des facteurs de risque personnels et environnementaux, les actions d'éducation pour la santé... Dans ces nouveaux domaines, le médecin sera appelé à ne pas rester isolé, mais à collaborer avec les professionnels compétents sur les terrains du social, de l'éducation et de l'environnement. Ils pourront se côtoyer et collaborer par exemple dans les « Maisons de Santé ». Dans cet esprit, le paiement à l'acte n'est bien sûr plus adapté. Nous sommes pour la diversification des modes de rémunération. Il y a aujourd'hui des médecins prêts à se lancer dans l'aventure sur de nouvelles bases, type rémunération à la fonction, salariat. Certains médecins sont promoteurs par eux-mêmes de ce type de nouveaux dispositifs.

La capitation nous semble également un système adéquat, surtout si on veut faire prendre en considération la prévention et l'éducation à la santé par les soignants. La rémunération de la participation à des actions de prévention, d'éducation à la santé doit être organisée par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP,) ou les collectivités... Nous sommes favorables à la suppression du secteur 2.

Enfin, tant pour les médecins que pour les infirmières et les aides-soignants, il faudra travailler sur les conditions de travail, la gestion des horaires, etc qui rendent peu attractifs les emplois hospitaliers.

15°/ Il est clair qu'une négociation sociale est nécessaire sur l'application des 35 heures à l'hôpital. La simple rémunération des journées RTT n'est pas satisfaisante, car elle reviendrait à nier le nouveau dispositif. Vos 2 autres propositions peuvent tout à fait être mises à l'étude.

16°/ Une part importante de la réponse est déjà donnée par la couverture du territoire par la médecine générale et par l'orientation et l'attraction des spécialistes sur les postes hospitaliers vacants. Restera à coordonner l'hôpital et les dispositifs sociaux et médico-sociaux pour, par exemple, désengorger les urgences hospitalières.

Pour ce qui concerne les inégalités sociales de santé, leur réduction passe par des politiques volontaristes de prévention d'éducation et de réduction des risques.

Construire l'offre de soins à partir d'indicateurs de santé et non en se contentant de partir de l'existant en maintenant les inégalités. Il est possible de le faire dès le calcul de l'ONDAM 2008.

17°/ Ce n'est pas la crise actuelle qui doit présider au choix de la répartition des tâches entre médecins, cadres hospitaliers, paramédicaux et autres professions de santé. Reste qu'il est bien

légitime d'interroger cette répartition des tâches et de confier aux médecins comme aux autres, celles qui relèvent plus spécifiquement de leur formation. Ainsi, la gestion n'est pas une fonction médicale ; l'animation d'équipe n'est pas non plus une compétence spécifique des médecins ; l'éducation pour la santé ne fait actuellement pas partie de la formation médicale ; certains patients relèveraient davantage de la consultation d'un psychologue que de celle d'un médecin ; de la même façon, une part des malades hospitalisés en psychiatrie n'a pas nécessairement besoin d'un infirmier de nuit sur place ; etc... Il faut réexaminer les frontières entre professions et réfléchir aussi à des professions nouvelles.

18°/ S'il est clair, je l'ai dit à plusieurs reprises, que la disparité entre le secteur public de santé et le secteur privé est trop importante, cette constatation ne s'applique pas tout d'abord aux retraites. Concernant les salariés du secteur privé la diminution est déjà considérable par application des mesures Balladur de 1995. En ce qui concerne les retraites, d'une façon générale, nous sommes favorables à un rééquilibrage du partage de la valeur entre le capital et le travail, dont l'évolution sur les 30 dernières années s'est faite de 10 points au détriment des salariés.

19°/ La santé est au cœur du programme des Verts et représente un axe majeur de ma campagne présidentielle. En effet, la réforme du système de santé n'est pas un problème sectoriel, c'est un véritable choix de société.

La crise actuelle du système de santé est structurelle et, si on ne change rien, on va vers une situation ingérable. Les causes des maladies de civilisation, liées aux modes de vie et à l'environnement, augmentent plus vite que les progrès des soins. Ce qui signifie que la situation sanitaire se dégrade, alors même que les dépenses de soins n'ont cessé d'augmenter beaucoup plus vite que l'inflation. Le déficit de la Sécurité Sociale se creuse, sans qu'on enrayer l'augmentation des cancers, du diabète, de l'asthme, par exemple...

La crise financière est aujourd'hui traitée par des méthodes inacceptables puisqu'on emprunte pour ne pas être en cessation de paiement, mais que l'impôt de Remboursement de la Dette Sociale (RDS) voit son échéance reportée de plus en plus loin. Faire rembourser les dettes de fonctionnement par nos enfants puis, si ça continue, par nos petits enfants est exactement contraire à la définition du développement durable, puisque ce dernier consiste à laisser la planète et la société dans un état tel que les générations suivantes puissent vivre de la même manière que nous.

La droite semble avoir projet de laisser la Sécurité Sociale aller dans le mur pour la supprimer et privatiser le système de santé. Les sociétés d'assurance sont prêtes. Mais il faudra aussi accepter la montée des inégalités qui accompagne ce type de système et la marginalisation des hôpitaux publics, alors chargés des soins minimum pour les plus pauvres ...

Certains, à la gauche de la gauche, pensent qu'il suffit de ne rien changer pour que tout continue pareil... Nous avons montré qu'il n'en est rien.

Le PS fait la politique de l'autruche et semble se résigner à la privatisation.

C'est pourquoi Les Verts font de la santé un axe majeur de la campagne. Les Français sont attachés au système de solidarité que représente la Sécurité Sociale. Nous tentons de montrer que, pour assurer la poursuite d'un système de solidarité, il faut aujourd'hui une réforme de même ampleur que celle de 1945. Il s'agit d'une véritable « refondation » du système de santé, réorganisé en 3 agences organisant les 3 axes du nouveau système : les soins, l'environnement et l'éducation. Pour animer ce nouveau système, alléger sa gestion et rapprocher la décision des citoyens, nous proposons de le décentraliser et de mettre en place un Conseil Régional de Santé, élu, redonnant vie à la démocratie sanitaire.

L'abandon du système public de protection sociale, la privatisation de l'assurance maladie et la marginalisation des hôpitaux publics ne seront possibles que si l'on n'en parle pas !

20°/ Il est clair ci-dessus que, pour Les Verts, l'hôpital public doit continuer à exercer une place d'excellence au service de la santé publique, en termes de soins, de recherche et d'enseignement. L'hôpital doit également s'ouvrir sur l'extérieur pour construire des complémentarités dans les soins, mais aussi dans la prévention, l'amélioration de l'environnement dangereux pour la santé et dans l'éducation et la promotion de la santé. Mais nous sommes conscients qu'il va falloir se battre pour le faire savoir à nos concitoyens, pour l'obtenir avec eux et avec les professionnels concernés, en comptant sur leur mobilisation.