

Contribution à la réunion du Comité de défense de l'Hôpital de Gisors Du 10 Mars 2009

Cette contribution est une analyse de la situation actuelle du Pole sanitaire du Vexin qui met en évidence les atouts de l'Hôpital de Gisors ainsi qu'une approche en regard, des menaces réelles, que certains articles de la Loi « Bachelot » font peser sur le devenir de notre système de Santé. Les hôpitaux de proximité sont en première ligne sur le front de cette attaque.

L'Hôpital de Gisors

Baptisé Pôle **Sanitaire du Vexin**, il est confronté comme de nombreux hôpitaux de proximité en France, à des menaces répétées de fermeture de ses disciplines médicales indispensables à la population locale (chirurgie – bloc opératoire – maternité).

L'Hôpital de Gisors **possède toutefois des atouts sérieux** dans ce jeu insensé auquel nous invite la loi Bachelot :

1°) – Les **éléments relatifs à l'état sanitaire de l'Eure** placent (selon l'observatoire de santé) le département à l'avant dernière position en France, ce qui amène à dire que les indicateurs en termes de mortalité, de morbidité, d'espérance de vie, sont les plus bas de France ; Ce qui **traduit des besoins sanitaires importants de la population locale**. Le Conseil général de l'Eure et même le préfet ont convenu que cette situation grave devait être corrigée par des moyens nouveaux en matière d'offre de soins

2°) – Les éléments en matière d'offre de soins :

Là encore, le classement de l'Eure est comparable à celui de l'état sanitaire. Il y a une corrélation évidente entre ces données. **La démographie médicale et des professionnels de santé est l'une des plus basses du pays**. Certaines disciplines médicales sont sinistrées (gynécologie obstétrique, anesthésie, psychiatrie) sans parler de l'insuffisance du nombre de médecins exerçant en médecine générale de ville renforçant le recours de la population vers les services offerts par l' hôpital de proximité existant.

Comment peut-on dans ces conditions, argumenter la fermeture d'activités médicales indispensables à la santé de la population du territoire.

3°) – Les donnée démographiques :

Le territoire du pôle sanitaire a enregistré une **augmentation de 8% de sa population** depuis les résultats du dernier recensement. Cette donnée est importante pour souligner la croissance des besoins de santé de la population. En effet si les nouveaux arrivants venus de la proche région parisienne sont jeunes, il faut aussi tenir compte du vieillissement de la population traditionnelle.

4°) – La proximité de la région parisienne.

Elle a permis d'inscrire la maternité de Gisors dans un réseau périnatal du Val d'Oise, bénéficiant ainsi de la coopération du Centre hospitalier de Pontoise.

Elle permet à Gisors de gommer en partie, le déficit démographique médical dans d'autres domaines de coopération (Laboratoire d'analyses médicales par exemple)

5°) – Un hôpital performant.

Depuis bientôt quinze ans (1995), les Directions successives, approuvées par le CA, ont engagé **d'énormes efforts d'investissements et de restructurations lourdes** :

- Coopération avec le syndicat inter hospitalier du Beauvaisis pour le traitement du linge
- Modernisation de la restauration
- Humanisation et réfection de l'ensemble des services
- Mise aux normes en matière de lutte contre l'incendie
- Le changement d'énergie (fuel au gaz)
- L'amélioration de l'isolation des bâtiments (thermique et esthétique)

Ont été réalisés avec le concours d'un personnel qualifié compétent et dévoué.

Le Pôle sanitaire du Vexin est devenu un outil performant dont la population atteste d'une image positive

- Renouveau de toutes les huisseries et fenêtres
- Renouveau complet de l'équipement médical et hôtelier
- Réhabilitation du bloc opératoire

Tous ces **efforts ont été réalisés avec le concours d'un personnel qualifié compétent et dévoué.**

6°) – Un Hôpital dynamique.

Dont l'activité est soutenue et consolidée :

La maternité est passée en six ans de 300 à plus de **500 accouchements** en assurant une prise en charge sécurisée et de qualité des femmes enceintes et des accouchées.

Si le **nombre de consultations privées a doublé** depuis la création de la « maison médicale », il en a été de même pour les consultations publiques.

L'activité chirurgicale a elle-même doublé pour arriver à un seuil proche de la saturation des possibilités du Bloc opératoire.

Le recours au service d'urgences a atteint près de 17000 passages par an.

Les autres secteurs d'activité (Radiologie et laboratoire) ont suivi l'évolution des demandes en hausse.

Quant aux secteurs médecine, soins de suite et long séjour, ils conservent une activité traditionnellement importante.

7°) – Un hôpital porteur de projets :

Pour répondre aux besoins de la population, on note des réalisations récentes :

*Une augmentation de la capacité d'accueil du centre de formation d'élèves aide-Soignante.

*Mise en œuvre d'une filière de soins gériatriques

*La création d'un service de soins à domicile.

*Un service de prévention des addictions (alcoolique – tabacologique-toxicomanies)

Et aussi des projets à courts et moyens terme :

*Création d'une M.A.S : (Maison d'Accueil Spécialisée)

*Création d'unités d'hospitalisation pour malades Alzheimer, dont un accueil de Jour.

Réhabilitation du secteur médicalisé de Long Séjour

Installation d'un Scanner

Création sur le site du CMP : (Centre Medico-Psychologique)

8°) – Un hôpital en équilibre budgétaire.

Ce fait devrait constituer un atout **majeur dans le contexte actuel.**

Si ce résultat peut réjouir les technocrates de la chasse au gaspi. Nous ne devons pas oublier que, derrière ces résultats élogieux, **l'intensité de l'activité induit des besoins en personnel.** Aussi nous restons attentifs aux conditions de travail qui peuvent être menacées par la recherche de l'équilibre budgétaire. Les dépenses de personnel doivent être regardées aujourd'hui comme un investissement pour assurer la pérennité de la qualité des soins.

9°) – La création d'un G C S

Le groupement de coopération sanitaire a permis d'attirer sur l'hôpital une trentaine de médecins libéraux relevant de spécialités différentes.

C'est ainsi que la population de Gisors peut accéder à des consultations spécialisées qui n'existaient pas auparavant, mais aussi de recourir à certains actes chirurgicaux réalisés dans un bloc opératoire qui a fait l'objet d'une modernisation récente.

Cette formule par laquelle l'Hôpital accueille des médecins libéraux et met à leur disposition des salles de consultation, le bloc opératoire, mais aussi l'accès aux matériels médicaux et services diagnostics de radiologie et labo d'analyse constitue une **expérience public privé innovante encouragée par les autorités sanitaires (ARH).**

10°) - La constitution d'un Comité de défense dans lequel le Président du C.A, les élus Communistes et républicains progressistes de gauche ont associé dans une démarche démocratique et participative, les personnels de l'hôpital et la population.

Les actions menées ont jusqu'ici fait échec à toute tentative de fermeture du Bloc opératoire, de la chirurgie et de la maternité. Ce Comité actuellement en veille, reste vigilant.

A ces dix atouts nous pouvons ajouter l'absence de concurrence que pourrait représenter la présence d'une clinique privée sur le territoire.

La description des atouts recensés en faveur de l'hôpital de Gisors ne doit pas faire oublier les **menaces représentées par la LOI BACHELOT dite « Loi Hôpital Patients Santé Territoire »** qui est présentée actuellement devant le parlement (Février 2009).

Je reprends pour les partager totalement les propos de Marcel Larmanou (Président du C.A)

« Il s'agit d'une **loi liberticide** contre laquelle nous nous battons bec et ongles car elle est emblématique de tout l'arsenal de réformes engagées par le gouvernement SARKOSY/FILLON qui vise **à démanteler le service public de santé de notre pays** ».

Quels sont les éléments les plus nocifs de cette loi BACHELOT

Chacun s'accorde pour reconnaître que le principe d'une organisation territoriale équilibrée de l'offre de santé est un objectif louable puisqu'il devrait permettre d'améliorer l'égalité d'accès aux soins pour tous.

L'affichage de ce principe dans le préambule de la loi Bachelot relève de **la propagande mensongère** car les mesures proposées visent surtout à démanteler le service public de santé pour **permettre aux initiatives privées d'accaparer le « Marché de la santé » qui leur échappe aujourd'hui.**

Article 1 – La notion de service public disparaît au profit de celle **de mission de Service Public.** Ces missions pourront désormais être confiées et assurées par des opérateurs privés à but lucratif.

Si ce principe est adopté, la porte est ouverte pour verser une partie des fonds publics aux cliniques privées et accélérer les concentrations, fusions et fermetures des Hôpitaux publics sans considération de la qualité et de la proximité.

Article 5 – Les CA garants **d’une intervention démocratique dans la gestion des hôpitaux** doivent disparaître. Les personnels, les usagers, les citoyens et leurs représentants Elus ne sont plus associés à la gestion des Hôpitaux publics

Article 6 – Le Directeur devient le Président du Directoire et assume seul la responsabilité de la mise en œuvre des injonctions gouvernementales. Son statut pourra relever du Droit privé et le placera dans une fonction de « fusible » qui pourra être remplacé si les résultats financiers ne sont pas atteints.

L’absence de toute marge d’initiative de ce super patron ainsi que les menaces de mobilité qui pèseront sur lui **obèrent toute possibilité de construire et conduire des projets à long terme.**

Article 10 – Il instaure pour les médecins un statut contractuel avec une part de rémunération variable selon qu’ils atteignent ou non des objectifs quantitatifs (d’actes ou de patients).

En médecine, quelle que soit la discipline, tous les professionnels s’accordent pour reconnaître que des objectifs qualitatifs pèsent et sont souvent contradictoires avec les priorités données au quantitatif.

La **T2A invite chacun à produire des actes sans considération des aspects préventifs ou d’accompagnement pour les maladies chronique**

Article 12 – L’instauration de communautés hospitalières de territoire (CHT) dirigés par le Directeur de l’Etablissement siège permet le regroupement de plusieurs hôpitaux sous une même entité. Outre la vassalisation de hôpitaux de proximité, ce super patron pourra décider des restructurations c’est-à-dire des transferts voire des suppressions d’activités et de moyens (matériels et humains) au profit du centre hospitalier de référence.

Le **problème non évoqué consiste en la définition des territoires sanitaires** qui relève des ARS et non d’une démarche démocratique qui implique les personnels, usagers et les élus

Article 13 – Coopération public – privé

La coopération est envisagée dans le cadre des GCS (Groupements de coopération sanitaire). Cet aménagement juridique reconnaît de fait, que le **Service public hospitalier a déjà été spolié de certaines activités médicales rentables qui sont le domaine privilégié d’intervention des cliniques privées et de l’exercice libéral (surtout les spécialistes).** La chirurgie est le domaine le plus touché, mais également la radiologie, les laboratoires d’analyse médicales et de plus en plus les résidences médicalisées pour personnes âgées (réservées aux populations les plus fortunées).

Il y a lieu d’être vigilant sur ces coopérations afin qu’elles ne permettent pas aux modes d’exercice privé d’accélérer leur conquête du marché à l’intérieur des hôpitaux publics. **Il faut garantir à tous l’accès égalitaire aux soins quel que soit le mode de coopération engagé.** L’usager de l’hôpital public doit pouvoir bénéficier de garanties quant aux tarifs des prestations offertes. Ces tarifs doivent permettre d’accéder aux niveaux des remboursements actuels de la protection sociale.

Article 15 – Démographie médicale.

Il n'y a **aucune mesure concrète permettant de corriger les écarts importants qui existent aujourd'hui** dans la répartition des professionnels de santé sur le territoire qui conditionne l'accès égalitaire aux soins.

Il n'y a rien non plus pour favoriser l'installation des jeunes médecins.

Article 18 – Limitation des refus de soins

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins pourra soumettre les faits auprès du Directeur de la CPAM ou de l'ordre professionnel concerné. Outre que dans les faits, il est rare que les patients concernés portent plainte, cet article sera peu appliqué **puisque'ils doivent faire la preuve du refus de soins**. De plus les instances citées auront peu de moyens pour engager la responsabilité juridique de tels agissements.

Article 26 – Des Agences Régionales de Santé aux pleins pouvoirs.

La compétence de ces ARS couvre tous les domaines :

- Politique de santé
- Soins ambulatoires et Hospitalisation
- Services médicaux Sociaux
- Professions de santé

Il s'agit d'une omnipotence assurée par **les ARS qui deviennent l'outil politique** privilégié du Gouvernement pour conduire de manière autoritaire et centralisée, sa politique idéologique de **démantèlement du service public hospitalier**.

POUR CONCLURE.

La loi HPST doit être considérée, avec l'ensemble des réformes proposées par le gouvernement Sarkozy /Fillon comme la traduction d'une volonté politique visant la casse du Service public de santé.

A qui profitera ce démantèlement ?

Essentiellement aux groupes financiers dont le Gouvernement sert les intérêts et qui trépignent d'impatience devant les profits qui pourraient être réalisés sur le dos des malades et de la protection sociale et qui leur échappent encore aujourd'hui

Bernard BENAT
Secrétaire de la section du
Parti Communiste Français
de Gisors-Etrepagny