

AGENCES REGIONALES DE SANTE ? QUELLES CONSEQUENCES SUR LA GESTION HOSPITALIERE ET MEDICO-SOCIALE DANS LES TRESORERIES DU DEPARTEMENT ?

☛ Agence Régionale de Santé : késaco ?

Arrivées le 1er Avril 2010, les **Agences Régionales de Santé (ARS)** regroupent aujourd'hui les compétences et les personnels des anciennes **ARH** (Agences Régionales de l'Hospitalisation) mais aussi les **DDASS** (Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales)et la **branche maladie de la Sécurité Sociale**.

*Leur mise en place a suscité et suscite encore beaucoup de questions. Lire à ce propos la **Lettre sur les Agences Régionales de santé (ARS)** publiée le 1er avril 2010 par l'Union fédérale de l'Action Sociale - (UFAS CGT) au lien suivant : <http://cgteduc93.free.fr/?Lettre-sur-les-Agences-Regionales>*

Leur Directeur Général, qui est nommé en Conseil des Ministres, règne en maître absolu sur l'ensemble des activités des secteurs sanitaires (hospitalier et ambulatoire) et médico-social.

Il nomme et révoque les Directeurs d'établissements et leur impose sa politique dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens. Malgré un discours de démocratie sanitaire lié à la mise en place de la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie et du Conseil de surveillance, ces instances n'ont qu'un pouvoir restreint, le Directeur Général n'ayant de comptes à rendre qu'aux hommes politiques qui l'ont choisi.

Pressé par les échéances électorales de 2012, l'Elysée leur a commandé des nouveaux Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire pour juillet 2011, afin d'appliquer les dernières retouches à la restructuration de l'offre de soins en France, laissant la part belle aux opérateurs privés à but lucratif. La loi HPST a prévu d'organiser les conférences de territoire censées être des structures

d'échanges et de dialogue démocratique de proximité en charge d'élaborer le projet sanitaire et medico-social du territoire base de l'élaboration des Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire. **Les ARS contournent l'obstacle démocratique en imposant des territoires immenses en complet décalage avec les réalités du terrain.**

De toutes les façons, la ligne de route en a été fixée par SARKOZY en collaboration avec Raoul Briet, Conseiller Maître à la Cour des Comptes et tout nouveau Président du Conseil de Surveillance de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris : **réduire drastiquement le budget consacré aux Missions d'Intérêt Général qui concernent aujourd'hui le secteur public.**

En ce sens, l'exemple de l'ARS Ile de France est probant. A peine arrivé le Directeur Claude Evin propose de ne faire qu'un seul territoire de Paris et sa petite couronne, il concocte une cure d'amaigrissement pour l'APHP qui passe de 37 à 12 établissements, annonce la réduction de l'enveloppe régionale de 20 % dès 2010 et propose de réduire de 53 à 7 le nombre de bloc chirurgicaux opérationnels hors de Paris après 18 h en semaine et fermeture de ceux-ci les week-ends et jours fériés, de limiter les permanences de radiologie à un seul site par département, aux mêmes horaires, avant de s'attaquer aux autres lignes de garde de la permanence des soins hospitaliers (laboratoires, réanimations...)

Avec la mise en place des ARS, c'est bien encore un acte de la casse du service public hospitalier qui est lancé.

☛ Depuis leur création :

Les ARS ne cessent d'accélérer le processus de casse des Hôpitaux publics dans bon nombre de départements.

Ainsi, dans les Hautes Pyrénées, elle vient d'annoncer la limitation des autorisations concernant la cardiologie interventionnelle, la remise en cause de la cancérologie à l'hôpital public et le maintien d'une seule maternité départementale. De même 180 emplois seraient menacés à court terme au niveau de l'hôpital.

Récemment, nous évoquions aussi le cas de l'Hôpital Public dans la Loire (<http://www.financespubliques.cgt.fr/38/spip.php?article2011>), et dans le Sud-Francilien (<http://www.rue89.com/2011/10/13/ppp-le-fiasco-financier-de-lhopital-sud-francilien-225542>)

Extrait du Fonction Publique N°197 de mars 2012 :

Dans tout le pays, la question du droit à la santé résonne. De multiples luttes se développent dans les départements et les régions avec souvent des succès, des services hospitaliers maintenus, parfois rouverts.

Dépassements d'honoraires, franchises, déremboursements par la sécurité sociale et augmentation du prix des mutuelles, notre système de santé est de plus en plus miné par les logiques libérales.

Les groupes financiers privés, eux, tissent leur toile, avec le développement des partenariats public/privé, la domination des grands groupes dans le secteur du médicaments et des laboratoires, sans compter que de plus en plus d'activités sont "externalisées", qu'ils s'agissent des services généraux (buanderie, repassage, cuisines, parkings), des services de formation, des services de stérilisation et des laboratoires.

Dans les logiques libérales - mises en oeuvre dans tout l'Europe - l'Etat s'efface et délègue ses responsabilités à des opérateurs, au niveau de chaque région en application de la loi Bachelot instituant les ARS. A la tête des ARS, des directeurs généraux, recrutés dans le public ou le privé qui sont de véritables préfets sanitaires. On passe ainsi à un système d'agences chargées d'administrer une "offre" au sein d'un "marché de soins" où secteur public et privé sont placés sur un même plan mais avec deux logiques différentes.

Le risque est aussi très clairement de voir se mettre en oeuvre un service public à plusieurs vitesses selon la région où l'on habite, voire la métropole, la ville ou le village,...

Le concept de maîtrise comptable des dépenses de santé instaure un système de rationnement inefficace tant en ce qui concerne les déficits de l'assurance maladie que de la réponse qualitative aux besoins repérés.

La T2A (rémunération à l'acte) fait les preuves de sa perversité en favorisant les disciplines rentables, exercées par le secteur privé au détriment du secteur public.

Face à une situation où l'accès aux soins n'est plus garanti à tous sur tout le territoire, l'heure est à l'offensive pour regagner un service public de santé.

L'Etat doit garantir l'accès aux soins pour toutes et tous sur tout le territoire. La loi HPST doit être abrogée. Une nouvelle politique de santé de proximité et de qualité doit permettre d'assurer ce qui doit être un droit avec une sécurité sociale solidaire et universelle.

☛ Et en Rhône Alpes ?

Comme nous le craignons, le Plan Stratégique Régional de Santé confirme que les critères d'une gestion marchande de la santé est la règle d'or appliquée sur tous nos départements, et ceci à tous les niveaux.

La première décision importante prise par l'ARS est l'instauration au niveau de la région Rhône Alpes de 5 **territoires de santé** pour 8 départements. Nous en possédions 12 initialement. Et c'est une déstructuration complète du système de santé qui en résulte !



La réponse aux besoins de santé de la population se définit dorénavant sur une logique se référant à ces 5 territoires. C'est un véritable coup de grâce aux services de proximité, inquiétant nos concitoyens qui habitent pour la plupart dans des départements souvent accidentés géographiquement. C'est dans cette logique que nous venons d'apprendre au CSOS (commission spécialisée de l'offre de soins) du 6 juillet 2011 les fermetures des maternités de Bourg St Maurice, de Privas et de Die ainsi que la fermeture de la chirurgie à Die et à Crest.

Inacceptable pour la CGT qui fera tout ce qu'il est en son pouvoir, avec la population, pour dénoncer et arrêter cette politique de casse.

Cette recomposition de l'offre de soins repose sur des outils, en plus de la T2A (tarification à l'activité), appelés Communauté Hospitalière de territoires (CHT) ou Groupements de Coopérations Sanitaires (GCS).

Les premières changent la donne en termes de coopérations, pourtant nécessaires entre établissements publics de santé. Ce montage administratif se traduit par la mise en place d'un établissement principal, donneur d'ordre auxquels se greffent des établissements annexes, assujettis, perdant leur autonomie avec à la clef des fermetures de services, des pertes d'emplois provoqués par la mutualisation des moyens, induisant ainsi une surcharge de travail pour ceux qui restent.

Quant aux groupements de coopérations sanitaires, s'ils existaient déjà, ils sont

fortement encouragés à se développer. Le mélange public-privé donne la part belle au secteur lucratif et fragilise notre secteur public de santé. L'exemple type est celui du flambant neuf médipole berjallien (Nord Isère) ou une partie des lits de néo-nat ont été attribués à la clinique privée, située sur le même site, au risque de remettre en cause l'existence de la maternité de l'hôpital. La même opération a été réalisée concernant l'imagerie médicale : en attribuant un Scanner à la dite clinique. La concurrence est ouverte, il n'est plus question dans ce cas de complémentarité.

CHT, GCS, sont de véritables machines à broyer dont l'objectif principal est la réduction des coûts au détriment du service rendu. Cela se fait bien souvent en dépit du bon sens comme le démontre l'expérience vécue à l'hôpital psychiatrique de St EGREVE situé à 25 km de Grenoble.

En effet la cuisine est prévue de fermer pour être externalisée au CHU de Grenoble. Pourtant il y a une partie des 1100 salariés et 800 patients à nourrir tous les jours. C'est un véritable non sens quand on connaît le rôle important que joue l'alimentation en psychiatrie. Ajouter à cela que le temps d'hospitalisation peut être de plusieurs mois, voire plusieurs années. Ce projet va impliquer des trajets importants entre les deux établissements, contribuant ainsi à une augmentation des flux dans une agglomération complètement saturée point de vue circulation. Humainement ce projet ne représente aucun intérêt.

Economiquement c'est 27 postes en moins !!! Des exemples comme celui-ci nous en rencontrons partout dans la région.

Malheureusement cette logique marchande orchestrée par les ARS se décline aujourd'hui dans les secteurs du social et du médico-social (enfance inadaptée, personnes handicapées, personnes âgées,). Dans la Drôme, à Montélimar, nous apprenons qu'un établissement du social fusionne avec l'hôpital psychiatrique. Pourtant ce ne sont pas les mêmes publics accueillis, ce ne sont pas les mêmes métiers, ce ne sont pas les mêmes organisations du travail..... qu'importe à partir du moment où cela coûte moins cher !

Sous l'égide de la modernité nous assistons au travers de ces politiques à un retour à l'hospice que nous connaissions au début de siècle.

La CGT est convaincue que d'autres choix sont possibles et est porteuse de propositions alternatives.

La logique que nous proposons est une logique de territoires qui doit reposer sur une analyse des besoins, tant au niveau de la médecine de ville que de l'hôpital. Les chambres territoriales de santé, l'instauration de centres de santé, la révision du mode d'installation et de rémunérations des médecinsle tout dans un contexte de

reconquête d'une sécurité sociale de haut niveau couvrant l'ensemble des dépenses de soins des assurés sociaux sont des pistes de travail que nous soumettons au débat public.

*Rappel de la position de la CGT sur la loi "Hôpital, patients, santé et territoires"
au lien suivant : <http://www.cgt.fr/Hopital-patients-sante-et.html>*

☛ Conséquences pour les trésoreries en Isère ?

Outre la menace qui pèsent sur le devenir de l'Hôpital Public, sur les usagers et leur santé, il convient de s'interroger sur l'impact des réformes engagées ou à venir sur la gestion hospitalière dans les trésoreries (continuons à les appeler comme ça, on préfère !), mais aussi sur la gestion médico-sociale, puisque le médico-social va être rattaché au secteur de la Santé. Que vont devenir les CMPP, CAT, ESAT, etc ? Quelles vont être les conséquences sur le personnel, son statut, ses missions auprès des populations concernées ? Et donc quel avenir pour leur gestion comme par exemple à la trésorerie de Saint Martin d'Hères qui a en charge la comptabilité de l'Esat ESTHI (Etablissement Social de Travail et d'Hébergement de l'Isère) ?

Outre la Trésorerie spécialisée du CHU, ce sont la plupart des trésoreries dans le département qui ont en charge la gestion d'un établissement hospitalier ou un ESMS (établissement social et médico-social), soit qu'il s'agisse d'une grosse structure départementale, soit qu'il s'agisse d'un établissement local (qui comprend certes une majorité de lits de long séjour et de maison de retraite, mais sans négliger pour autant un petit volume de lits médicalisés). Le transfert de la gestion de l'hôpital de La Mure au CHU l'an dernier préfigure assez clairement les changements à venir !

Si l'on se réfère au schéma de l'ARS Rhône Alpes, l'hypothèse de la poursuite d'un tel démantèlement est envisageable !

- ☛ Soit nous aurons une grosse trésorerie spécialisée au niveau régional, implantée au plus proche du siège de l'ARS, autrement dit à Lyon. Ce qui s'est produit avec Les Pensions montre parfaitement que cette hypothèse est plausible ! Donc toutes les trésoreries perdraient leur mission et les emplois liés !
- ☛ Soit deux trésoreries spécialisées, pour coller au découpage territorial, l'une pour le territoire de santé EST (implantée à Grenoble, Chambéry, Annecy ?), l'autre pour le territoire de santé CENTRE (le Nord Isère serait alors rattaché à Lyon). Ce qui s'est passé avec le centre éditique de Meyzieux là aussi ne nous

contredira pas ! Et autrement dit, là aussi, toutes les trésoreries perdraient missions et emplois, sauf peut-être la trésorerie du CHU si elle devenait la trésorerie spécialisée de l'EST : elle récupérerait alors tout ou partie des missions et emplois abandonnés.

- ☛ Soit trois trésoreries spécialisées : une pour le CENTRE, une pour l'EST, et la trésorerie du CHU qui serait maintenue compte tenu des spécificités et de la taille de l'établissement géré.
- ☛ Soit, soit, soit... bref, les hypothèses ne manquent pas...

Par ailleurs, l'abandon pur et simple de certains services hospitaliers, voire leur transfert au secteur privé (souvenons-nous là encore de ce qui s'est passé avec Actis !), la fusion de certains établissements (comme dans la Drôme), et l'externalisation de certaines activités (comme la cuisine à St Egrève), peuvent tout à fait conduire à l'abandon de la gestion hospitalière ou médico-sociale de certaines trésoreries ! Et pourquoi pas à leur fermeture ! ?

Car on sait bien qu'à force de supprimer des missions (comme, dernier en date, le recouvrement à Meylan), on fragilise notre réseau, on le rend plus vulnérable. Moins il y a d'agents dans une trésorerie qu'on a surnoisement, lentement mais sûrement, dévitalisée, plus son fonctionnement est rendu difficile et c'est le service à l'usager qui en pâtit. Usager contraint d'effectuer de plus en plus de kilomètres pour évoquer sa situation ou effectuer un règlement en espèces par exemple. Vieux, indigents, handicapés, malades..., la société d'aujourd'hui, et pire encore de demain, et ses services publics ne veulent plus de vous ! Les artisans de la RGPP vous disent "démerdez-vous ! Dégagez, y'a rien à voir !"

Et le fallacieux prétexte de la fermeture s'impose alors, dès lors que la situation dans les petites trésoreries n'est, selon le vocabulaire fétide, pardon, fétiche, de la Direction, "plus tenable" : c'est ce qui s'est passé à Valbonnais, à Montalieu, comme nous l'avions prédit dès 2005. Et puis qui ensuite ? Corps, Roybon, Monestier de Clermont ?... (car oui, on vous le prédit aussi, ces trésoreries sont dans le collimateur de la Direction !)

La CGT, respectueuse du service public et des usagers, contrairement à notre Direction et aux artisans de la RGPP - qui n'œuvrent et ne manœuvrent que dans un esprit libéral porté à son paroxysme où l'usager est avant tout considéré comme un client - restera comme toujours très vigilante sur ces sujets, notamment lors de notre prochain Comité Technique Local où il en sera justement question ! Et c'est avec le soutien des agents, votre soutien, que nous pourrions faire avorter tous les projets ineptes qu'ils ont dans leurs tiroirs !