

Communiqué du Collectif national contre les franchises et pour l'accès aux soins partout et pour tous et pour une sécurité sociale solidaire

France Telecom, la boîte qui tue.... mais ce n'est pas la seule, hélas

Nous tenons à affirmer ici notre soutien total aux travailleurs de France Telecom. La situation d'épuisement professionnel qui leur est imposée a fini par éclater au grand jour, mais à quel prix!

Cependant, 24 suicides en moins de 2 ans, ce n'est pas assez, semble-t-il : la ministre Christine Lagarde vient de confirmer dans ses fonctions Didier Lombard, le PdG de France Telecom. Une telle impunité est sidérante. Nous soutenons donc aussi la démarche des syndicats qui portent plainte contre X pour homicide.

France Télécom a servi de révélateur public, et pourtant médecins et inspecteurs du travail dénoncent depuis longtemps la souffrance au travail et ses conséquences : fatigue, stress, dépressions, suicides en série chez Renault, Peugeot, IBM, à la Société générale, dans la police, les prisons, l'Éducation nationale, le **milieu hospitalier**, EDF.... Et maintenant France Telecom.

Cette situation est la conséquence d'un choix de société, du management libéral le plus dur, de la privatisation, de la compétitivité, des pressions au travail, qui broient mentalement et physiquement les individus. Pour maximiser la rentabilité France Telecom supprime massivement les emplois, réorganise, pousse à la démission. Combien de morts faudra-t-il encore pour que gouvernants et managers soient contraints de renoncer à leurs techniques responsables de ces drames?

Ce système est aussi mis en œuvre dans le secteur de la santé: la loi Bachelot accélère les restructurations, suppressions de postes, de services hospitaliers, dégrade des conditions de travail, déjà porteuses de stress dans ce secteur, car la vie des malades est en jeu. Les pressions permanentes et autoritaires vont placer un grand nombre de professionnels dans une situation de conflit ingérable entre leurs principes, la déontologie d'un côté, et la sélection et la productivité de l'autre. Travailler toujours plus, souvent au détriment des patients, avec les risques mortels que l'on a déjà pu constater, nous ne cessons de le dénoncer.

Tous les secteurs sont menacés, y compris ce qui reste des services publics, comme le montre le projet de privatisation et de libéralisation de la Poste, rejeté de façon éclatante par près de 2 millions de personnes.

La politique de la peur est en marche, avec ses pressions sur les travailleurs, ses répressions, ses prisons inhumaines où les conditions insupportables pour le personnel s'accompagnent d'une multiplication des suicides.

Nous ne l'accepterons pas.

Le 4 octobre 2009



Site : <http://coordination-nationale.org>

COUR DES COMPTES

RAPPORT 2009

Chapitre VI : Plan hôpital 2007

:

la relance des investissements immobiliers

En noir les extraits du rapport

**En marron les commentaires
de la coordination nationale**

« Le plan hôpital 2007 a été conçu pour accélérer le rythme des dépenses d'investissements immobiliers des hôpitaux.

Le chiffrage de l'aide initiale du plan a été effectué sur la base de deux études de sources différentes, mais aux conclusions concordantes.

Elles évaluaient en 2001 la mise à niveau du patrimoine hospitalier et des systèmes d'information hospitalier à 14 Md€ »

« Compte tenu des sommes que les établissements publics de santé consacraient en 2002 aux investissements nouveaux, (1,1 Milliards € d'investissements sur 2,7 Md€ de dépenses totales par an) la mise à niveau de leur patrimoine aurait nécessité 13 ans.

Afin de ramener ce délai à cinq ans, le ministre de la santé a décidé d'allouer aux établissements de santé, y compris aux cliniques, une aide de 6 Md€ sur la période 2003-2007. »

« Les ARH devaient « **cibler un nombre d'opérations limité** permettant un effort massif sur des opérations structurantes ». Elles devaient également **privilégier les investissements liés à des plans nationaux**, comme les plans cancer, périnatalité et urgences, **et favoriser les opérations qui pouvaient être engagées avant fin 2007**. Compte tenu des délais de concertation et d'élaboration des dossiers, **elles ont disposé de deux mois pour examiner les projets des établissements**. »

« Ce calendrier était **incompatible avec un examen rigoureux de la faisabilité et de la pertinence des projets.**

Compte tenu de procédures aussi peu rigoureuses et du choix aussi ouvert de 'priorités', **937 opérations ont été inscrites** dans le plan, avec une grande dispersion des objectifs. **Certaines étaient au niveau de la programmation, d'autres à celui des études ou de la consultation.**

La Cour note dans certaines régions de **très importants retards dans l'exécution** et des **dérapages de coûts parfois très élevés.** »

Premiers constats :

- Objectifs trop nombreux et mal respectés,**
- Procédure peu rigoureuse,**
- Absence d'homogénéité entre les ARH,**
- Délais d'instruction insuffisants,**
- Retard d'exécution parfois importants,**
- Dérapages de coût très élevés,**
- Choix des propositions concentrés dans les mains des seules ARH,**
- Absence de concertation avec les élus et les usagers des territoires,**
- Absence de priorité en faveur de l'offre publique de soins.**

**« Le plan avait été cadré de manière à financer intégralement l'effort d'investissement supplémentaire réalisé entre 2003 et 2007 et fixé à 6 Md€
Son financement était entièrement à la charge de l'assurance maladie.**

**Dès l'annonce du plan, son montant avait déjà été relevé de 6 Md€ à 10,2 Md€
Au total, fin 2007, ces dépenses s'élevaient à plus de 16 Md€ alors que l'aide de l'Etat, restait constante à 6 Md€ »**

« Dans le schéma initial, les aides versées aux établissements devaient provenir de deux sources :

- **1,5 Md€ de subventions en capital prélevées sur le fonds pour la modernisation des établissements** de santé publics et privés (FMESPP). Cet apport en capital devait **permettre aux EPS de financer leurs investissements en limitant le poids de leurs emprunts nouveaux.**

Le plan prévoyait d'affecter prioritairement ces aides en capital aux cliniques privées. »

« - 430 M€ d'aides en fonctionnement,
prélevées sur l'enveloppe de l'ONDAM
hospitalier.

Une allocation de 100 € de crédit ONDAM
reconductible sur 20 ans permettait à l'EPS
qui en bénéficiait d'emprunter 1200 € à 5,5
% sur la même durée.

Au niveau global, ce dispositif devait
permettre de financer par emprunts 4,5 Md€
d'investissement pour une dotation
supplémentaire annuelle moyenne
d'environ 86 M€ »

Les subventions en capital provenant du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) **permettent de financer directement les investissements et sont une aide essentielle** mais :

- **elles représentent** seulement un quart des dépenses prévues (1,5/6Md€) et **moins de 10%** de la dépense finale (1,5/16Md€),
- **le ministère a donné la priorité aux cliniques**, au détriment des EPS.

Les aides en fonctionnement (86 M€ par an sur la durée du plan), prélevées sur l'ONDAM, donnaient aux EPS la possibilité d'emprunter 4,5Md€ sur 20 ans mais :

- la prise en charge des remboursements n'est prévue que pour 5 ans,**
- le montant des emprunts contractés est très supérieur aux 4,5 MD€ prévus.**

Dépenses totales d'investissement 16 Md€

Aides directes 1,5 Md€

Aides supplémentaires 0,5 Md€

Solde pour les établissements 14 Md€

En conséquence les EPS vont devoir faire face sur leurs moyens propres à cette progression importante de leur endettement alors que 80 % d'entre eux présentent déjà des déficits de gestion.

Certains seront en outre victimes du faible niveau de l'aide qui leur a été allouée lors de l'établissement du plan de financement.

« Le taux de subvention du plan annoncé en 2003 était de 100 % (6Md€~~/6Md€~~). **Il se situe finalement à environ 37,5 % (6 Md€~~/16 Md€~~).**

En **Bourgogne**, il atteint seulement **19 %**, en **Haute-Normandie** il est de **26,5 %**.
Il atteint **45,9 %** en **Rhône-Alpes** et **52,3 %** en **Aquitaine.** »

« **En 2008**, du fait de l'augmentation des charges d'exploitation plus importante que celle des produits, et de dépenses d'équipement toujours dynamiques au terme du plan hôpital 2007 la **situation financière des EPS est marquée par le recul de l'autofinancement, d'où recours accru à l'emprunt.**

De 2003 à 2007 l'encours de leur dette a augmenté de 6,6 Md€ Le taux de dépendance financière des EPS est ainsi passé de 33,2 % en 2004 à 40 % en 2007. »

« Aujourd'hui les EPS continuent, voire **commencent à rembourser des annuités d'emprunt qui découlent de cet endettement supplémentaire.**

En outre, à partir de 2010, les premiers effets du plan hôpital 2012 se feront sentir.

Si leurs capacités d'autofinancement ne s'améliorent pas significativement dans les années à venir, **la situation financière des EPS risque de se dégrader encore plus.** »

Ce risque apparaît dans un contexte où les moyens alloués annuellement par la loi de financement de la Sécurité Sociale progressent déjà moins vite que les besoins exprimés par la FHF. S'agissant de restructurations, plusieurs pistes de retour à l'équilibre peuvent être explorées :

- **les économies** qui peuvent en résulter, génératrice d'une diminution des dépenses de fonctionnement,
- **l'augmentation d'activité**, génératrice de recettes supplémentaires du fait de la TAA,

En règle générale, les économies prévisibles ont été préalablement calculées, puis confisquées et réinjectées par les ARH, totalement ou partiellement, dans les plans de financement des restructurations. Ce procédé se traduit essentiellement par un prélèvement sur les crédits du titre 1 « Charges de personnel » et du titre 2 « charges à caractère médical » suivi d'un transfert au titre 4 « Charges d'amortissement, financières et exceptionnelles » du budget des EPS.

Il entraînera une dégradation des conditions de travail des soignants et n'améliore pas l'efficacité économique des établissements.

Il y a donc peu d'espoir dans cette direction. On peut même craindre le contraire selon le rapport de la Cour des Comptes.

« La MAINH a fait réaliser en 2005 une étude sur le « retour sur investissement dans le plan hôpital 2007 » portant sur 166 établissements. Cette enquête constatait une **augmentation de 8 % du nombre de salles d'opérations**, une **réduction du nombre de services d'environ 10 %** mais une **augmentation de 10 % des surfaces immobilières**, et dans 55 % des cas, les établissements prévoyaient une **augmentation future d'effectifs de 2,8 %** à l'occasion de la mise en service des nouveaux équipements. »

« Les ARH ont parfois procédé à la redéfinition ou à une réévaluation des projets rencontrant des difficultés d'exécution. Toutefois, plusieurs projets ont été revus à la hausse alors même que l'établissement n'était pas en mesure de les financer.

Dans d'autres cas, le dimensionnement des projets ne reposait pas sur une analyse prévisionnelle solide de l'évolution de l'activité ou ne prenait pas assez en compte la concurrence d'autres établissements. »

Ces constats de la Cour des Comptes n'incitent pas à l'optimisme et préfigurent les contraintes qui seront imposés demain aux EPS. D'autres observations vont dans le même sens.

« Les réformes (tarification à l'activité, transformation de la planification sanitaire pour favoriser les complémentarités et les collaborations, réforme de l'organisation des EPS) devaient aboutir à une meilleure régulation des dépenses, en combinant rationalisation de l'offre de soins et optimisation des dépenses. »

« Les investissements auraient dû venir en appui de cet objectif, ils l'ont précédé, ce qui n'était pas de nature à inciter les EPS à adapter leurs infrastructures à leur activité, ni à se préoccuper des retours sur investissement.

Au contraire cela a encore plus fragilisé certains établissements, lorsqu'ils ont engagé des projets trop ambitieux, ou mal évalué leur incidence financière. »

Pour la coordination, toute restructuration devrait certes s'accompagner de garanties sur la fiabilité économique du projet, sur sa cohérence avec l'équilibre financier de l'EPS concerné. Mais il doit en priorité et avant tout résulter de mécanismes de décision démocratiques, être compatible avec les besoins sanitaires d'un territoire et de sa population et garantir l'égalité d'accès aux soins pour tous les citoyens.

Ces critères sont absents des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

Par ailleurs, les hypothèses de travail sur la T2A montraient que seuls 57 % des EPS devaient être « gagnants » dans cette réforme. Faute d'avoir dès l'origine adapté les aides ou les conditions de leur attribution à la situation de ces établissements, ces constats auraient dû inciter la DHOS et les ARH à resserrer le pilotage du plan et à réexaminer le dimensionnement des projets des EPS considérés comme perdants à la T2A, ce qui n'a pas été effectué.