

FORUM 71



«La santé , c'est notre affaire !»

Forum du 20 octobre 2018



Sommaire

Introduction	2
Quelle santé ? Philippe MURA	3
Environnement et santé Nicole SICARD, Thierry GROSJEAN	5
La santé comme ressource d'émancipation Michelle DEMEURE	7
Le plan Macron « Ma santé 2022 » Sylvie FAYE-PASTOR	9
La fin de la Sécurité Sociale ? Josiane ZARKA	13
Le déficit des hôpitaux ou Comment les pouvoirs publics organisent le déficit des hôpitaux publics Jean-Pierre MENEGHEL CODEF	15
Les dépenses de santé en France Daniel CAU	19
Marchandisation de la santé : l'exemple du médicament. Pierre ZARKA	21
Marchandisation de la santé : l'individualisation du risque. François LOTTEAU	23
De l'usage de l'informatique et de la robotique au travail Gaby MAURER	25

Introduction

Initiés depuis 2015 par des habitants du Tournugeois, les FORUMS 71 rassemblent des citoyens sans étiquette ou engagés dans différents collectifs ou associations, syndicats ou formations politiques.

Ils sont des lieux d'échange et de réflexion sur les grandes questions qui impactent nos vies. Ils ne proposent ni conférences ni travaux d'experts mais sont un lieu de ressources et de confrontations : chacun est compétent pour y apporter expériences et réflexions qui permettent de constituer progressivement un fond de culture commune où tous peuvent puiser librement.

Le forum du 20 Octobre 2018 a abordé les questions de la SANTÉ.
Cette première rencontre avait pour but de réunir des professionnels et des usagers de la santé pour tenter d'analyser les causes de la dégradation progressive du système de soin et de sécurité sociale, dénoncer la marchandisation de la santé, ouvrir la réflexion sur une autre conception de la santé qui ne se réduise pas à l'absence de maladie ou à la médecine mais permette à chacun d'agir sur soi et sur son environnement.

Nous poursuivrons la réflexion lors d'une prochaine rencontre sur les thèmes suivants : quels sont nos besoins réels en matière de santé et comment y répondre ? Quelles médecines et quelle politique de santé alternatives ?

Ce document ne constitue pas des ACTES retranscrivant les travaux de manière exhaustive, mais un choix des éléments les plus saillants que nous avons demandé à leurs auteurs de développer en vue de cette publication.

Quelle santé ?

Philippe MURA

La définition de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (Déclaration d'Alma-Ata, 1978).

Cette déclaration stipule aussi que c'est « un droit fondamental de l'être humain » et affirme : « Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

Sous l'influence de la course aux profits, de la marchandisation de la santé et de la médicalisation de la société, cette définition qui place l'être humain, à la fois individu responsable et acteur social, au centre de la préoccupation de santé a été occultée et le concept même de santé, perverti.

La marchandisation de la santé fait croire que la santé est un produit de consommation au même titre que n'importe quel autre produit disponible sur le marché, et la médicalisation de l'existence transforme en maladie (et donc en motif de recours au système de soins et de prise de médicaments) tous les incidents/accidents de la vie (du deuil aux difficultés liées aux travail en passant par l'enfant turbulent et les conséquences de la malbouffe).

Quant aux firmes qui commercialisent des produits de santé, elles n'ont jamais autant distribué de bénéfices à leurs actionnaires, qu'elles vendent des médicaments ou des compléments alimentaires, de l'homéopathie ou du chimique, des extraits de plante ou des prothèses diverses.

Puisque les problèmes de santé ont été réduits au(x) soin(s), à la gestion des maladies

ou des difficultés existentielles, c'est donc une affaire de spécialistes, de traitements, de compétences techniques, et il est bien difficile à ce stade pour le patient d'obtenir les informations qui permettent des choix éclairés, de participer à la décision, ou même tout simplement de faire entendre son point de vue, et de ne pas subir passivement.

Et pourtant, de nombreux problèmes de santé sont déterminés par les conditions de vie et de travail : travail de nuit ou posté, exposition au bruit, pression publicitaire et endettement lié à la surconsommation, isolement social, polluants multiples, addictions sources de profit pour l'Etat ou des économies officielles ou illicites, etc.

Dans ces gisements de santé, sciemment négligés ou vaguement évoqués quand on parle de prévention (le parent pauvre des soins), les citoyens sont non seulement directement en prise avec leur vie quotidienne, mais aussi à un moment de leur vie où la maladie ne limite pas encore leur potentiel d'action.

Ce sont aussi des domaines, et des périodes, où ils ne sont pas aussi isolés qu'en tant que patient ayant à combattre leur maladie.

S'il importe de continuer à se mobiliser pour que les patients fassent reconnaître leurs droits et obtiennent que leurs choix soient pris en compte par les professionnels de santé au stade de la maladie, s'il est indispensable d'agir pour obtenir que tous et toutes aient accès à des soins de qualité, il est aussi urgent de prendre conscience que la santé, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, mais que c'est un droit et que ce droit dépend de l'organisation globale de la société, et des conditions de vie au quotidien.

Il est urgent de s'organiser collectivement, notamment à l'échelon local, du quartier, du village ou de la ville, pour obtenir des conditions de vie et de travail qui contribuent à améliorer la santé, de lutter contre les facteurs qui la dégradent, et de refuser de laisser la santé aux mains des seuls spécialistes.

La santé est un droit fondamental : pour le défendre, il importe notamment d'agir en amont de la maladie, d'identifier dans tous les aspects de notre vie et de notre environnement ce qui fait obstacle à notre bonne santé, et de nous donner les moyens de reprendre en main ce droit, sans attendre d'être malade.

la santé, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, c'est un droit

Environnement et santé

Nicole SICARD et Thierry GROSJEAN

CAPEN 71

Confédération des Associations de Protection de l'Environnement et de la Nature en Saône et Loire

1- Le bruit : un problème de santé publique

Le bruit est un véritable problème de santé publique.

Selon un rapport parlementaire de juin 2011, le bruit serait responsable de 3 % des décès, d'hypertension artérielle, de troubles du rythme et d'augmentation de la fréquence cardiaque.

Il peut avoir des répercussions sur le système endocrinien, immunitaire, sur la santé mentale, le stress, les troubles de la mémoire et a une incidence sur les accidents du travail. L'OMS a pu en 2011 quantifier le « fardeau réel » de l'exposition au bruit en calculant pour l'Europe le « nombre d'années perdues » : 61 000 par maladie cardiaque ischémique, 45 000 par altération des acquisitions scolaires, 22 000 par acouphènes,

• Les difficultés et/ou blocages

Depuis 2008, l'association VNEBR¹ se bat contre les nuisances sonores causées par le circuit de vitesse de Bresse.

Quelques dates, sans entrer dans le détail de l'action en justice :

- 2008 : le TGI de Chalon désigne un expert judiciaire qui conclut que le circuit de Bresse est en infraction avec les dispositions réglementaires. VNEBR saisit le TGI de Chalon.

- Jugement du 13 janvier 2015 : le TGI condamne le circuit de Bresse à prendre les mesures appropriées pour que l'exploitation du circuit ne contrevienne pas aux dispositions des articles R.1334-31 et suivants du code de la santé publique. Condamnation exécutoire.

- Jugement du 25 septembre 2015 : le juge de l'exécution du TI assortit le jugement précédent d'une astreinte provisoire par jour de retard pour une durée de 4 mois

- 5 octobre 2015 : le circuit de Bresse interjette appel

- 23 août 2016 : la Cour d'Appel de Dijon confirme le jugement en 1ère instance

- 29 septembre 2016 : le circuit de Bresse forme un pourvoi en cassation

- 12 avril 2018 : pourvoi rejeté par la 2ème chambre civile de la cour de cassation

Il reste à faire appliquer les jugements, ce qui doit être normalement le cas dans un État de Droit.

Le bruit serait responsable de 3 % des décès

1 Vigilance Nature Environnement Bresse Revermont

2- Lutte environnementale et défense et promotion du système de soins

La lutte emblématique de l'association environnementale qu'est VNEBR contre les lobbies financiers de l'automobile et leur poids politique est une illustration de la nécessité faite aux usagers du système de soins de défendre bec et ongles une véritable politique de santé publique.

Il ne s'agit pas ici de travailler a posteriori à la réparation par l'institution de dégâts sanitaires induits,

3- Des avancées juridiques liées à la lutte environnementale citoyenne

La lutte contre les nuisances sonores du circuit de Bresse a été l'occasion d'avancées législatives de portée nationale.

A l'initiative de la Capen et de VNEBR, s'est constitué en 2010 à Sagy (71) un Réseau national Anti Bruit (RAR) qui regroupe des associations confrontées au même problème.

Grâce aux résultats des combats juridiques mutualisés par les associations du RAR, le décret 2017-

1244 sur la prévention des risques liés au bruit est entré en vigueur le 1er octobre 2018.

Dorénavant, tous les circuits de sports mécaniques de France doivent se conformer

Grâce aux résultats des combats juridiques mutualisés par les associations du RAR, le décret 2017-1244 sur la prévention des risques liés au bruit est entré en vigueur le 1er octobre 2018.

entre autres, par une négation de graves problèmes environnementaux mais de travailler à la prévention de ces dégâts.

L'absence de nuisances sonores fait partie de ces besoins au même titre qu'une alimentation de qualité, une absence de pollution, des conditions de travail non agressives, etc. Reste à l'institution la mise en place du système solidaire de soin des pathologies ayant échappé à la prévention.

au code de santé publique R 1336-1 (ancien R 1334-31) et suivants. L'évolution récente de la procédure judiciaire administrative montre que l'on est entré dans une phase de traitement politique autoritaire en faveur du dossier qui nous fait rechercher une stratégie alternative.

La santé comme ressource d'émancipation

Michelle DEMEURE

Nous savons que « être en santé » dépend de nombreux facteurs.

La santé est en effet le lieu même d'une expérience de notre capacité à « être » et à choisir. C'est dire qu'il s'agit de responsabilité, d'autonomie et de liberté.

Dans cette optique, il y a donc une composante de responsabilité personnelle. Assumer, par exemple, que fumer ou m'alcooliser régulièrement peut avoir des répercussions sur ma santé. Rentrer dans des habitudes délétères - ce qui n'est en aucun cas le fruit de la malchance, ou l'effet d'une génétique malheureuse - renvoie immédiatement à ma responsabilité. Sous cet angle, la notion de « droit au soin » mérite d'être questionnée.

Il est aussi admis que les troubles fonctionnels représentent, selon les sources, entre 50 et 70% des motifs de consultation, voire 95% selon certains médecins. Or, un trouble fonctionnel, qui ne présente pas de support lésionnel, peut être considéré comme un symptôme de conversion : c'est-à-dire que, à défaut de réaliser le travail psychique qui serait nécessaire pour faire face à des enjeux existentiels majeurs, c'est la pathologie qui survient.

En somme, la pathologie exprime ce défaut de réflexivité. Pour qu'une société n'ait pas à panser à l'infini des individus, il nous faut donc devenir des personnes capables de se penser. N'est-ce pas un enjeu formidable ?

Cependant, lorsque la maladie est là, il reste encore, en principe, un autre espace où exercer sa liberté et celle-ci passe par une mise à distance critique d'un mode de pensée dominant, allopathique no-

tamment.

Or, nos ministres successifs de la santé semblent s'être donné le mot pour détruire l'alternative. L'herboristerie a trépassé. Nombre de produits sont devenus introuvables. À quand le tour de l'homéopathie ? Le citoyen a, là encore, le droit, voire le devoir, de revendiquer une pluralité d'approches pour sa santé.

Dans la conception brièvement esquissée plus haut, l'homme en santé, jusqu'à la mort, pourrait souhaiter, non pas durer, mais vivre dans le meilleur niveau de conscience possible et dans le sentiment d'avoir accompli sa vie, même si c'est finalement la maladie qui le terrasse. Être en santé, c'est donc être vivant jusqu'au bout, et pas seulement être en vie. « Comment » vivre donne le la du « comment mourir ». Cependant, il y faut aussi les conditions matérielles et humaines qui se trouvent le plus souvent dans les services de soins palliatifs. Une société en santé est capable de penser la mort et de prendre soin de la personne, dans un lieu où la relation est le soin.

Il ne s'agit donc pas que de responsabilité,

mais aussi du besoin d'être réellement entendu et de parler à quelqu'un. Ce qui nous ramène ainsi à la relation médecin-patient. Gageons que c'est la relation qui soigne, bien plus que l'ordonnance.

Être en santé, c'est donc être vivant jusqu'au bout, et pas seulement être en vie.

Le plan Macron : « Ma santé 2022 »

Sylvie FAYE-PASTOR

1. Préambule

La sécurité sociale, telle que nous la connaissons, part d'une idée quasiment autogestionnaire. Elle est gérée par les représentants des salariés et par l'État. Elle s'appuie sur la cotisation sociale (une part du salaire) et non sur l'impôt.

Au fil des années, les gouvernements successifs font pencher la balance vers un financement par l'impôt, (CSG¹, ONDAM², ...) tout en diminuant progressivement les cotisations et les prises en charge des soins par la sécurité sociale (via franchises, baisses de remboursement...). A terme, on s'oriente vers un système d'assurances privées.

Le plan santé Macron n'a rien d'original. Il poursuit et aggrave les plans précédents, notamment celui de 2009. La politique Macron s'appuie sur des aspirations réelles des professionnels de santé et des usagers, mais les mesures concrètes et l'absence de financements les retournent souvent en leurs contraires.

2. Chronologie

Au printemps 2018, mise en place de quatre chantiers avec des lettres de cadrage de la Ministre de la santé Agnès Buzyn :

Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques.

Repenser les modes de rémunération, de financement, de régulation.

Accélérer le virage numérique

Adapter les formations aux enjeux du système de santé

Le 18 septembre 2018 sont annoncées les mesures du plan « Ma santé 2022 » qui comprend 54 mesures. Un projet de loi concrétisant ces orientations est prévu pour le premier semestre 2019.

1. La contribution sociale généralisée (CSG) est un prélèvement obligatoire, dit proportionnel, réé en 1991, qui participe au financement de la sécurité sociale.

2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux.

3. En réalité, selon les spécialités, actuellement 30 à 50% des postes restent vacants par manque de médecins.

3. Les mesures les plus médiatiques :

a) La fin du numerus clausus dans les études de médecine :

Cette mesure semble répondre aux besoins de la population, compte tenu du déficit démographique important en médecins³. Pour rappel, il existe un concours après la première année d'études de santé dite PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) et un concours après la cinquième année (ECN : Examen Classant National) permettant l'orientation selon la classification et le choix vers les diverses spécialités médicales.

Ce concours de fin de première année sera supprimé en 2020. Par contre les étudiants n'auront plus le droit de redoubler la première année. Des mesures de transition expérimentales sont déjà mises en place dans certaines facultés.

L'objectif est en principe d'intégrer un nombre supérieur d'étudiants dans les filières de médecine. L'amélioration de la situation démographique médicale ne sera toutefois effective que dans une dizaine d'années.

On peut se poser une série de questions :

Comment vont faire les facultés pour intégrer un nombre supérieur d'étudiants, sachant qu'en première année, il y a un professeur pour 4 amphithéâtres à la fois avec des cours retransmis sur écran? Comment trouver des terrains de stage, sachant que le service public est déjà fortement contraint par les mesures budgétaires? Cela ne risque-t-il pas d'entraîner une baisse de la qualité de la formation? Comment se fera la régulation du nombre de médecins à la sortie des études médicales?

Le numerus clausus avait été mis en place en 1971 pour réglementer le nombre de prescripteurs et faire baisser les dépenses de la sécurité sociale. La régulation du système se fera-t-elle au niveau des facultés? Au niveau du conventionnement avec la sécurité sociale? Va-t-on vers un système de santé régulé seulement par le marché? Ce qui sous-entendrait l'ouverture à la concurrence de l'assurance maladie obligatoire, c'est à dire la fin de la sécurité sociale.

Pour rappel, l'affiliation à la Caisse primaire d'assurance maladie du département de résidence (AMO = assurance maladie obligatoire) est automatique pour les salariés. Jusque-là il n'est pas permis de « s'assurer » pour la part assurance maladie obligatoire dans une filière privée.

b) La fin du statut de praticien hospitalier

Il va dans le sens d'un plus grand rapprochement du privé et du public, avec la possibilité accrue de défavoriser les établissements publics au bénéfice des établissements privés, car ceux-ci rémunèrent mieux les praticiens.¹



1. Par contre les personnels non médicaux sont pour l'instant mieux rémunérés dans le public.

La fin du statut de praticien hospitalier impacte aussi l'indépendance des praticiens .

Qui va les nommer ¹? Les chefs d'établissements ? Ces mesures dégradent et tendent vers la suppression des statuts de la fonction publique. La mesure 25 qui s'adresse à l'ensemble des personnels va dans le même sens :

« Déploiement, à compter de 2021, d'une démarche d'entretiens annuels d'appréciation se substituant progressivement à la notation et basés sur des objectifs renouvelés afin de renforcer la reconnaissance individuelle »

c) Création de 4000 assistants médicaux :

Leur existence auprès des médecins permettrait de dégager du « temps médical ».

Pour en bénéficier, il faudra passer sous les fourches caudines de l'Agence Régionale de Santé et être constitué en « établissements » ou CPTS (Communauté Professionnelles Territoriales de Santé).

En 2017, il y avait 290 914 médecins en France, ce qui correspond à 1 assistant pour 72 médecins. Pour dégager vraiment du « temps médical » supplémentaire il en faudrait au moins 50 fois plus. Il ne s'agit donc que d'un effet d'annonce.

d) La réorganisation des urgences de ville :

«... il faut structurer les soins de proximité et organiser le collectif des professionnels de santé engagés pour satisfaire ensemble les besoins des patients de leur territoire», médecins, regroupés sous des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) Il doit être possible de trouver un médecin en urgence pendant la journée - de 8h à 20h pour démarrer, et nous souhaitons que cela soit

possible plus tard en soirée - en ville sans avoir à aller à l'hôpital. Les communautés professionnelles devront s'organiser pour cela».

Les urgences de ville sont déjà organisées depuis des décennies, via les conseils de l'ordre des médecins et souffrent simplement du manque de médecins.

Ce n'est donc pas en priorité un problème d'organisation. Par contre il faudra que ce soit organisé au sein des CPTS et il est ajouté que cela fera partie des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) qui existent déjà : « L'objectif est de les inciter tellement qu'ils n'aient plus le choix », indique l'Élysée. Il s'agit donc d'une mesure autoritaire qui

ne manquera pas de dégrader encore plus la qualité de l'exercice de ville.

Ce n'est donc pas en priorité un problème d'organisation.

1 Le statut de praticien hospitalier s'obtient à l'issue d'un concours national organisé par le Centre national de gestion (CNG). Ce concours comprend une présentation des titres et travaux, un entretien avec un jury et une vérification des connaissances pour les candidats ayant effectué leurs études hors UE. Les candidats doivent avoir travaillé au moins 3 ans dans le même établissement hospitalier. La liste des postes à pourvoir est proposée par les ARS (Agences régionales de santé) au CNG et les lauréats du concours peuvent postuler les postes proposés. Avec la réforme Macron, il y a disparition du concours, donc disparition du contrôle de qualité des praticiens et risque que les nominations locales (ARS ? Chefs d'établissements ?) soient moins impartiales que précédemment.

4 d'autres mesures importantes :

Mesure 20 : « Réforme du régime des autorisations des activités de soins, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisés à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins. Elle se fera en plusieurs phases et aboutira dès 2020 sur de nouvelles normes pour certaines activités particulièrement structurantes pour les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie. »

Ce peut être au niveau de la « réforme des autorisations des activités de soins » que se fera la régulation du nombre de praticiens. C'est déjà ce type de loi qui a permis de fermer depuis 20 ans quantité de maternités et services d'urgences des petits hôpitaux sous couvert de qualité des soins et de sécurité qui n'auraient pas été assurés quand les seuils d'activités étaient trop bas.

L'annonce de création d'hôpitaux de proximité, (mais sans chirurgie sans réanimation ni maternité) pour 2020 relève du leurre. La description de ces points de consultation avancée évoque plus le dispensaire que l'hôpital.

Mesure 51 : « Revivification du dialogue social local grâce, en particulier, à la négociation d'accords locaux majoritaires engageant en matière notamment de formation et de promotion professionnelle, de qualité de vie au travail ou d'action sociale. »

Les négociations salariales se feront-elles au sein de chaque hôpital ? De chaque groupement d'établissements ? Ces mesures favorisent la suppression du statut de la fonction publique hospitalière.

Mesure 19 : « Encourager les synergies entre les Groupements Hospitaliers de Territoires et les établissements privés et sortir du tout concurrence. En plus de la participation au projet de santé de terri-

toire, GHT et établissements privés auront l'obligation de passer convention sur les filières d'intérêt commun. »

Toujours plus de fusion privé-public, ce qui jusqu'à maintenant s'est souvent fait au détriment du public.

Conclusions :

- On parle surtout de réorganisation des moyens alors qu'il faudrait surtout à l'heure actuelle une augmentation des moyens.
- Le système devient de plus en plus centralisé autour d'établissements regroupés et contrôlés par l'ARS.
- La tendance au rapprochement toujours plus grand du public et du privé, sans protection spécifique du public se poursuit.
- On note une fragilisation progressive de la fonction publique hospitalière.



La fin de la sécurité sociale ?

Josiane ZARKA

La Sécurité sociale, ce n'est pas d'abord une administration, mais une grande idée mutualiste : « De chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins ».

Tout le monde verse au pot commun : employeurs, salariés, indépendants, État. 400 milliards d'euros puisés dans la valeur ajoutée produite par le travail sont redistribués en prestations sociales sans passer par les actionnaires ni les assurances privées. Ce système assure un droit

égal pour tous à être protégé tout au long de la vie depuis 70 ans.

Macron et le grand patronat s'attachent à le détruire parce que son mode de financement empêche cette énorme masse d'argent de profiter aux actionnaires, aux spéculateurs et aux assureurs privés.

Vers la fin du système mutualiste.

Les actionnaires, contrairement aux salariés, ne prennent pas de leur poche pour financer la protection sociale ni les salaires. L'URSSAF prélève cet argent sur la valeur ajoutée produite par le travail, à la source et en temps réel, et le répartit aux intéressés sous forme de prestations sociales.

Le terme de « cotisations patronales » est impropre.

En 2019, le gouvernement supprime le Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi (CICE) et le remplace par une suppression pérenne de 40 milliards de cotisations patronales. La suppression du prélèvement à la source des « cotisations patronales » permet aux actionnaires d'accaparer la

part de la valeur ajoutée qui était consacrée à la protection sociale. En deux ans, les ressources de la sécu ont ainsi été amputées de près de 100 milliards d'euros.

Avec la fiscalisation de la sécurité sociale, le grand patronat est dispensé de verser au pot commun pour la sécu. La CSG est payée à 88% par les salariés et les retraités et très peu par le capital.

La gestion directe de la Sécu par les représentants des travailleurs et des employeurs garantissait que les cotisations

soient sanctuarisées pour être dédiées à la protection sociale. Depuis que l'Etat gère la sécurité sociale, ces fonds ne sont plus sanctuarisés. Macron a décidé de détourner les « excédents » de la sécu pour les affecter « aux secteurs déficitaires de l'Etat ». Cela réduit encore les ressources de la sécurité sociale.

En deux ans, les ressources de la sécu ont ainsi été amputées de près de 100 milliards d'euros.

Mise en place progressive d'un système par capitalisation

La sécurité sociale deviendra une caisse de secours pour les plus pauvres. Chaque actif épargne individuellement pour financer ses propres risques auprès d'assureurs privés et fonds de pension. Ce système est inégalitaire, car ne peuvent s'assurer que ceux qui peuvent payer. Dans les pays Anglo-Saxon

où ce système existe, les gens ont 2 ou 3 boulots pour payer leurs risques. Des médicaments contre le cancer ne sont plus remboursés en Angleterre. Ce système basé sur la rentabilité, est sensible aux aléas. Des retraités ont été ruinés en 2008 parce que des fonds de pensions avaient spéculé avec leur argent.

Le financement de la sécu doit continuer de s'inscrire dans une logique de contribution des entreprises, avec maintien des cotisations. L'assiette des cotisations devrait être étendue aux revenus financiers des entreprises et des banques qui représentent 320 milliards d'euros. Si on soumettait ces revenus financiers au taux actuel de la cotisation patronale, ils rapporteraient plus de 84 milliards d'euros à la sécurité sociale.



Le déficit des hôpitaux ou Comment les pouvoirs publics organisent

le déficit des hôpitaux publics

Jean-Pierre MENEGHEL

CODEF (Collectif de défense des droits des usagers des hôpitaux)

Le choix du mode de financement des hôpitaux est un enjeu majeur pour le maintien de notre système de santé. A ce titre le Codef a toujours suivi de près les positions prises par les gouvernements successifs depuis 1982. Depuis plusieurs années, la volonté politique de manager les hôpitaux publics comme des entreprises a conduit à une dégradation inquiétante.

I - Les vraies origines des déficits des hôpitaux publics

L'hôpital public a connu trois modes de financements :

- le prix de journée jusqu'en 1982
- la dotation globale de financement jusqu'en 2003
- puis l'application progressive de la tarification à l'activité (T2A)

Jusqu'en 1982 : Les budgets sont calculés en fonction des dépenses nécessaires à la satisfaction des besoins des traitements des patients : ils sont donc équilibrés.

En 1983 : changement de système : mise en place d'une dotation globale nationale répartie entre les différents hôpitaux.

Conséquences :

Ce sont les besoins qui doivent s'adapter (!), s'inscrire dans le cadre de la dotation financière allouée par l'Etat et qu'il ne faut pas dépasser.

Comme l'enveloppe n'est pas calculée en fonction des besoins, elle se révèle chroniquement insuffisante, et les Conseils d'Administration des CH publics sont contraints de puiser dans le budget des investissements pour satisfaire l'offre de soins.

Les hôpitaux deviennent alors déficitaires et l'Etat, par le biais de l'Agence Régionale d'Hospitalisation

(ARH), se voit contraint de combler leurs déficits pour éviter la faillite.

En 2003 : durcissement de la position de l'Etat: l'ARH ordonne que le CH montcellien se mette à l'équilibre financier en revoyant le tableau de ses effectifs pour le mettre en conformité avec les moyens budgétaires alloués. Au fil des années l'objectif ne peut être atteint et l'Etat engage un nouveau tour de vis.

En 2005 : mise place de la «nouvelle gouvernance» qui impose à tous les CH le retour à l'équilibre financier et, s'ils n'y parviennent pas, leur mise sous tutelle.

En 2008 : la décision de passer au financement à 100% T2A des activités MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) va dégrader la situation financière des hôpitaux. Pour le CH de Montceau le déficit va être multiplié par quatre et conduire à la mise sous tutelle en 2010.

En 2016 : notre ministre de la santé se félicite d'un Ondam¹ historiquement bas en augmentation de seulement 1,75% et se fixe comme objectif 3,4 milliards d'économies.

La restructuration de l'offre de soins dans le cadre des GHT est le moyen privilégié par la ministre pour y parvenir.

Depuis cette date se sont donc bien les diverses politiques gouvernementales qui nous ont conduit à la situation actuelle et non la mauvaise gestion supposée des directions ou des administrateurs des hôpitaux publics.

II - La tarification à l'activité (T2A), ses effets pervers et son impact sur les déficits des hôpitaux

La T2A est un élément central de la « Nouvelle gouvernance hospitalière » : désormais les recettes ne sont plus liées aux besoins mais à l'activité. En d'autres termes, comme le souligne le professeur Grimaldi, «l'hôpital gagne de l'argent en multipliant le nombre d'actes».

Quel est le mécanisme de la T2A ?

Le séjour de chaque patient est classé au sein d'un Groupe Homogène de Malades (GHM). Homogène signifie que l'on regroupe les pathologies en fonction de leur Durée Moyenne de Séjour d'hospitalisation (DMS). On comprendra donc pourquoi, à chaque GHM, est associé son pendant financier désigné par Groupe Homogène de Séjour (GHS) auquel correspond un tarif national remboursé par l'Assurance Maladie.

À ce stade de notre propos, vous pourriez légitimement nous poser la question : mais où est le problème ?

Il est, entre autres, dans le fait que placer un malade dans un GHS qui a un coût et un remboursement bien précis, sans tenir compte de ses antécédents pathologiques, conduit à des aberrations illustrées concrètement par l'exemple suivant :

Vous êtes hospitalisé pour une appendicite. Le problème soulevé par beaucoup de médecins est qu'il est difficile de «quantifier» une maladie car «l'appendicite ne relève pas tout à fait de la même pathologie si le malade est cardiaque, diabétique ou présente une allergie». En clair cela veut dire que le coût du traitement sera différent dans ces trois cas de figure et qu'il sera sans aucun doute plus élevé

que dans le cas d'un malade n'ayant pas ces pathologies.

Et pourtant le remboursement sera le même et l'on peut dire qu'il y aura là un déficit imposé à l'hôpital.

En clair, la T2A est faite pour les procédures standardisées, pas les procédures complexes.

L'exemple suivant, chiffres à l'appui, apporte un



éclairage saisissant sur les effets pervers de la T2A. Jean Luc Gibelin¹, directeur d'hôpital, nous présente le cas des broncho-pneumopathies chroniques classées dans le GHS 1111 tarifé en 2007 à 4 644,27 €.

Le coût d'une journée d'hôpital se monte à 394 €.

La DMS (Durée Moyenne de Séjour d'hospitalisation) nationale de cette pathologie est de 12,17 jours. Comme une moyenne cache toujours des disparités, on a «encadré» cette DMS par des séjours mini et maxi, appelés seuil bas et seuil haut, et fixés respectivement à 4 et 30 jours.

Cela veut dire que, quelle que soit la durée de séjour comprise entre 4 et 30 jours, la recette de l'hôpital sera la même : 4 644,27 €.

Jean Luc Gibelin a envisagé quatre séjours de 3, 12, 24 et 32 jours. Le tableau ci-dessous se passe de commentaires quant aux effets de la T2A sur le déficit.

	DÉPENSES	RECETTES	RÉSULTATS
Séjour 3j	1 182,00 (394x3)	2 322,14 (*)	+ 1 140,14
Séjour 12j	4 728 (394x12)	4 644,27	- 83,76
Séjour 24j	9 456 (394x24)	4 644,27	- 4 811,73
Séjour 32j	12 608 (394x32) (**)	11 610,68	- 997,32

(*) pour un séjour en deçà du seuil bas le GHS est divisé par 2 : $4664,27 : 2 = 2322,14 \text{ €}$

(**) pour un séjour au-delà du seuil haut le GHS est majoré de 75% par jour supplémentaire, dans notre cas 2 jours supplémentaires : $4644,27 + (4 644,27 \times 0.75) \times 2 = 11 610,68 \text{ €}$

Ce tableau nous montre :
que, même pour un séjour correspondant à la DMS nationale, le résultat est déficitaire,
que le court séjour peut être très rentable.

On comprendra le pourquoi de la volonté gouvernementale et des établissements privés de santé de raccourcir au maximum la durée des séjours, quitte à voir revenir les patients plusieurs fois en cas de complications post-hospitalisation. L'ambulatoire « à tout va » trouve là son origine. Ainsi on comprend que, avec ce type de financement, la tentation est grande pour les hôpitaux de multiplier le nombre d'actes pour faire rentrer de l'argent.

Avec plusieurs confrères, le professeur Grimaldi souligne « l'incohérence qu'il y a à faire de la T2A dans une sous-enveloppe fermée de l'ONDAM. Si les hôpitaux augmentent (trop) leur activité, pour rester dans l'enveloppe, les autorités sanitaires peuvent décider de baisser unilatéralement les tarifs des séjours comme en février 2011 où le ministre a décidé d'une baisse des tarifs de 0.83% pour les hôpitaux publics. Il s'agit d'un jeu de dupes dans lequel les établissements ne peuvent que sortir perdants.»

Toujours selon les mêmes sources «plusieurs études récentes ont montré combien le passage à la T2A et la pression exercée pour augmenter la productivité ont participé à la dégradation des conditions de travail des personnels soignants.» Au-delà des questions liées à la financiarisation, la

T2A ne prend en compte ni la gravité, ni l'activité des services hospitaliers hautement spécialisés, ni la précarité, ni les problèmes psychologiques, ni l'éducation du patient... La crise des hôpitaux et du système de santé français ne doit rien au hasard.

La tarification à l'activité a entraîné aux USA la suppression de milliers de petits hôpitaux et une augmentation du taux de mortalité. Les pouvoirs publics ont alors créé des dispensaires.

III - La situation financière de notre centre hospitalier et les mesures draconiennes imposées par le COPERMO¹ à la veille de la création du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire)

A première vue on peut penser que performance et modernisation vont de pair.

Qui contesterait l'objectif de modernisation de l'offre de soins qui ne pourrait qu'induire une amélioration de ceux-ci ? On pourrait même croire que cette modernisation est entreprise à partir des besoins de la population.

En réalité il n'en est rien. Chaque décision du COPERMO, bien loin des réalités de terrain, montre à l'évidence que sa logique est uniquement financière.

En janvier 2016, le COPERMO exige le retour à l'équilibre financier pour tous les établissements de la CHT, sommés de dégager un taux de marge brute de 8% à l'horizon 2018.

Et il enfonce le clou sur les moyens pour y parvenir. A savoir, «un plan d'actions plus ambitieux en termes de réduction du nombre de lits», une organisation qui devra «s'inscrire dans une logique d'optimisation des ressources et de réduction de la masse salariale».

Et ce n'est pas tout car le COPERMO cible la nécessité de «transfert d'activités médicales afin d'éviter les doublons». Et comme on voit mal des transferts d'activités de Chalon vers Autun et Montceau, on devine l'idée sous-jacente qui est de réduire, et non de moderniser, l'offre de soins de proximité pour ces deux centres hospitaliers.

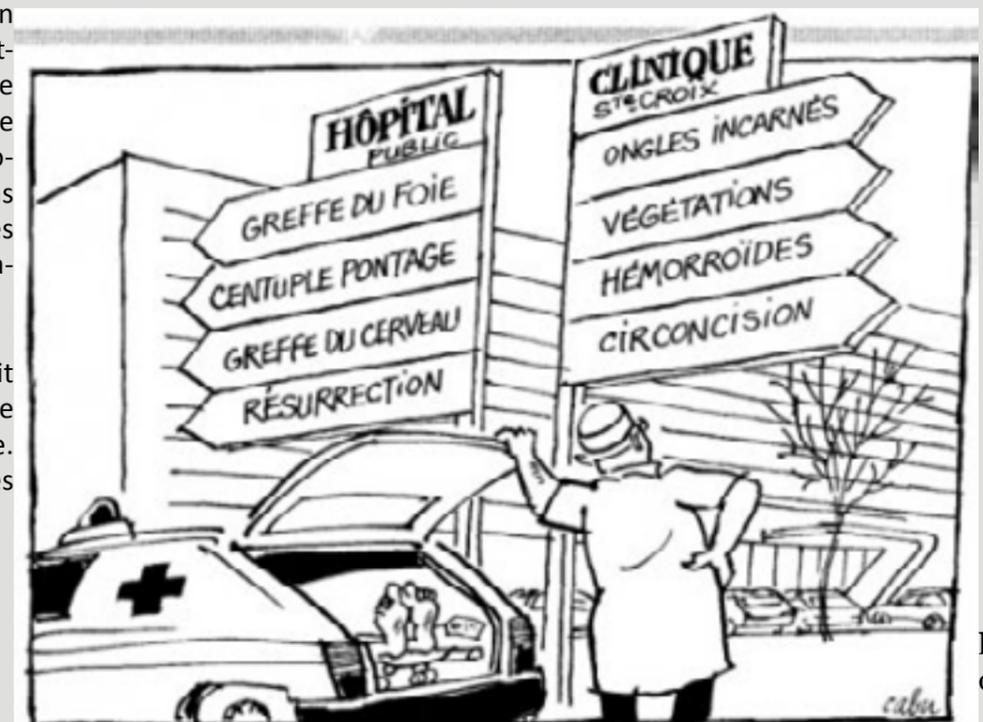
A Montceau, le déficit a été identifié comme venant de la chirurgie. On a donc envoyé les

¹
COPERMO pour
COMité de la PER-
formance et de
MODernisation
l'offre de soins.

chirurgiens dans les hôpitaux alentour. Ainsi on a réduit le déficit de l'hôpital mais, sachant que le potentiel de population est de 105 000 habitants, parallèlement c'est l'hôpital de Paray Le Monial qui vu une augmentation de 25% de ses actes de chirurgie.

En Autunois, la suppression de la chirurgie/maternité va éloigner encore davantage les usagers des hôpitaux (la zone va jusqu'à Château chinon)

Les «recommandations» du COPERMO ne sont que le reflet d'une politique de santé que le CODEF conteste. L'occasion pour nous de rappeler à tous ceux qui veulent remettre le patient au centre du système de santé, le «Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » (Editions O. Jacob) publié par d'éminentes personnalités que sont A. Grimaldi, O. Lyon-Caen, D. Tabuteau, F. Pierru et F. Bourdillon.



Les dépenses de santé en France

Daniel CAU

« La quantité, c'est la qualité niée, oubliée. Ce n'est pas la qualité disparue » W. Jankelevitch

L'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurances Maladie) est le montant prévisionnel des dépenses d'assurances maladies. Il est voté tous les ans par le parlement depuis 1996. Si les dépenses de santé dépassent les prévisions de plus de 0,75%, le Conseil Économique et Social est chargé d'alerter en cours d'année le gouvernement, le parlement et la CNAM pour redresser les comptes. Chaque année en septembre, la DRESS publie les dépenses de santé de l'année passée et la CSBM (consommation de soins et de biens médicaux). Tous les ans, à l'automne est élaboré un PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale), véritable budget prévisionnel de l'année suivante. La CSBM est payée pour 77,8% par la Sécurité Sociale, 13,2% par les mutuelles complémentaires et 7,5% restent à charge des familles.

Il existe un paradoxe structurel : les dépenses de santé sont gérées par le gouvernement mais réglées pour les ¾ par la Sécurité sociale dont la gestion est assurée de façon paritaire par les syndicats. Il y a une tentation récurrente des gouvernements de gauche ou de droite de fiscaliser les recettes de la Sécu, actuellement sanctuarisées pour être dédiées à la santé depuis les ordonnances fondatrices de 1945. C'est la gestion directe de la Sécu par les représentants des travailleurs et des employeurs qui garantit que les cotisations ne sont pas détournées et assure la pérennité du principe fondateur : « chacun paye selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. » Il faut rester intransigeant et vigilant sur ce principe.

Depuis de nombreuses années on sait combien la France dépense pour sa santé et comment elle le

dépense. On peut comparer les dépenses d'une année à l'autre et d'un pays à l'autre de l'OCDE.

Ainsi la France a dépensé (données DRESS) :

En 2015 : 194,6 milliards €, soit +1,8%, par rapport à 2014 (PIB + 1,9%)

En 2016 : 198,5 milliards €, soit +2,3%, par rapport à 2015 (PIB + 1,2%)

En 2017 : 199,3 milliards €, soit +1,3%, par rapport à 2016 (PIB +2,2%)

Il y a donc bien une augmentation régulière des dépenses de santé, pas toujours en rapport avec l'augmentation du PIB. La France en 2017 (données OCDE) a dépensé 11,5% du PIB pour sa santé, alors que la moyenne des pays de l'OCDE est de 8,8% du PIB (max USA 17,2% et min Nouvelle Zélande 9%). La France est comparable à l'Allemagne, la Suède, le Canada.

La France fait partie des pays qui dépensent le plus pour la santé.

La France fait partie des pays qui dépensent le plus pour la santé.

Le pro-

blème n'est pas tant le volume des dépenses de santé que d'assurer l'égalité de tous face à la maladie et à l'accident par une juste répartition des soins selon les besoins.

La répartition des dépenses de santé entre secteur public et secteur privé est en France de 83% / 17%. La moyenne pour les pays de l'OCDE est 73% / 27%. Il est habituel de décrire 3 modalités de rémunération des soins : « salariat », « à l'acte », et à « la capitation »¹.

Chacun a ses avantages et ses inconvénients. Le salariat facilite la continuité mais ne favorise pas la rentabilité. Le paiement à l'acte favorise la productivité mais aussi l'inflation des soins.

La capitation qui rémunère le médecin de façon forfaitaire pour chaque citoyen favorise les soins de prévention mais risque d'abandonner les malades les plus graves et complexes.

Récemment un 4ème mode de rémunération est apparu : le forfait payant une qualité de soins (CAPI=Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, ROSP=Rémunération sur Objectif de Santé).

L'OMS a reconnu en 2000 que le meilleur système de santé était celui de la France parce qu'il associait les différents modes de rémunérations, les avantages et les inconvénients s'équilibrant et étant plus adapté à un type de soins ou à un autre : urgences, prévention, chirurgie réglée, etc.

La **pertinence des soins** doit être discutée. On peut multiplier les exemples de gestes diagnostiques ou de traitements inutiles voir dangereux prescrits en toute bonne foi parce que recommandés par des « autorités » scientifiques et universitaires. Ces autorités peuvent être abusées ou complices de lobbies industriels, et faire jouer l'argument d'autorité, sans données scientifiques sérieuses. Depuis le scandale du sang contaminé, les exemples se sont hélas multipliés. Les colossales données statistiques sur la santé - « big data » - recueillies par les GAFAs préfigurent des progrès dans la prévention de multiples maladies mais font craindre des choix industriels favorisant la rentabilité budgétaire de l'entreprise, plutôt que la pertinence médicale et la santé publique.

Une donnée économique majeure spécifique à la santé doit aussi être prise en compte : le marché de la santé n'est pas saturable. **La demande de soins est inépuisable.** Si vous créez une offre de soins, elle suscite la consommation. La situation est d'autant plus complexe que beaucoup d'authentiques progrès viennent des industriels en liens avec les chercheurs.

A qui se fier ?

Le marché de la santé n'est pas saturable.

La solution est l'information rigoureuse,

complète, prenant en compte les complexités, les incertitudes, les difficultés à conclure parfois. Les médias ont une responsabilité dans cette information. Les pouvoirs publics aussi. Mais ce sont les citoyens eux-mêmes qui ont, in fine, la responsabilité de se renseigner, faire leurs choix, décider pour leur santé.

La collaboration de l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins est un facteur majeur de progrès dans l'organisation des soins, préventifs ou curatifs. Les médecins généralistes ont là une responsabilité fondamentale : c'est en discutant avec leur médecin de famille que les citoyens feront les meilleurs choix pour leur santé. La qualité du dialogue avec les professionnels de santé est indispensable à la qualité des soins.

Sans oublier l'enseignement de Jacques Lacan aux médecins : « Quand un malade rentre dans votre cabinet, ne dites pas qu'il vient demander sa guérison. Il vous met au défi de le sortir de sa condition de malade, ce qui est très différent car cela implique qu'il peut y tenir ».

Pour conclure, c'est moins le budget alloué aux dépenses de santé qui pose problème que la répartition des soins, leur pertinence, l'accès à l'information, la collaboration de tous les acteurs de la chaîne de soins. Le premier et le dernier responsable de notre santé est chacun d'entre nous.

¹ Valérie Paris. Tribune de la Santé 2013 ;3, n°40, p45-52

Marchandisation de la santé : l'exemple du médicament.

Pierre ZARKA

EN 2016, la Sécurité Sociale a dépensé 34MDS en médicaments sur un total de dépenses de 198 MDS. La consommation de médicaments a augmenté entre 2008 et 2016 de 2,7 % mais le chiffre d'affaire des labos pharmaceutiques a augmenté de 141%. Cherchez l'erreur ! Le Cardensiel représente plus de 80% de bénéfice pour Sanofi. Même chose pour les anticancéreux. Comme en général, ces médicaments sont remboursés à 100% cela équivaut pour les laboratoires à puiser directement dans les caisses de la Sécu. L'agence du médicament reconnaît que les prix ne sont pas fixés en fonction des coûts réels mais de « la disposition à payer ».

Entre janvier et juin 2016, le labo SANOFI a fait 16 millions de chiffre d'affaire dont une marge brute pour les actionnaires de 71% alors que les dépenses de l'entreprise baissaient de 107 millions et que l'activité, notamment de recherche, baissait de 8%. Durant les 6 premiers mois de 2018, les dividendes versés aux actionnaires sont de 11 millions soit une augmentation de 3,8 millions. Depuis une dizaine d'années les actionnaires de Sanofi ne réinvestissent plus. On pourrait donc très bien se passer d'eux sans que l'activité pharmaceutique en souffre.

En France, en 2017, le montant total des dividendes, toutes activités confondues (une fois les réinvestissements effectués et impôts payés) est

de 56 Milliards. On peut s'interroger si cet argent produit par le travail ne devrait pas revenir à la collectivité. Plus personne n'interroge la dette de 25 Milliards d'euros des plus grosses entreprises françaises à l'URSSAF, dette qui court depuis 25 ans. Contraindre la Sécu à emprunter aux banques pour combler son déficit budgétaire est un moyen pour ces dernières de puiser dans les cotisations sociales par l'intermédiaire du paiement des agios. Il y a là une collusion de fait entre l'Etat et ces banques.

J'ajouterai deux dangers :

Contraindre la Sécu à emprunter aux banques pour combler son déficit budgétaire est un moyen pour ces dernières de puiser dans les cotisations sociales par l'intermédiaire du paiement des agios.

La notion de Brevet est censée protéger de la concurrence. Mais, de fait, elle se transforme en monopole et la retenue d'informations qui en résulte est un frein pour la recherche, pas seulement en pharmacie mais pour toute la recherche médicale.

La prise de risques pour les patients : dans les années soixante, la Thalidomide (laboratoires Celgène) avait été interdite pour avoir provoqué des malformations de fœtus ; elle fait discrètement sa réapparition comme base d'anticancéreux. Dans les années 90, le Sida a été traité par l'AZT, anticancéreux auparavant retiré de la vente pour avoir détruit abusivement des cellules saines. Il a fallu attendre 10 ans et que les stocks soient écoulés pour qu'il ne soit plus prescrit.

Après des scandales comme le Médiator, la remise en question de la propriété privée des laboratoires pharmaceutiques ne devient-elle pas une urgence ? N'est-il pas possible de faire de cette question un point de convergence avec d'autres luttes, notamment celles de la défense de l'hôpital et de la sécu ?



Marchandisation de la santé : l'individualisation du risque

François LOTTEAU

Depuis 70 ans, la Sécurité Sociale fonctionne selon le principe de mutualisation du risque : tout le monde verse au pot commun : employeurs, salariés, indépendants, État. Cet argent est redistribué en prestations sociales sans passer par les assurances privées.

Mais aujourd'hui, l'individualisation du risque apparaît comme une évolution juste à beaucoup de gens. Chacun est responsable de son comportement et de l'adaptation qu'il doit faire de son mode de vie à ses prédestinations génétiques. Pourquoi faire payer aux autres les conséquences de ses propres errements ? Pourquoi payer pour les autres ?

On a la position morale que l'on veut là-dessus mais je voudrais montrer que les raisons de l'abandon de la mutualisation du risque sont ailleurs. La responsabilité est

dissymétrique. La responsabilisation personnelle est parfaitement justifiée : c'est moi qui choisis les bons comportements pour ma santé ou les risques que je prends. Mais, en parallèle, la responsabilité des groupes industriels qui m'empoisonnent n'est pas établie, ni dans mon travail ni dans mon environnement.

Même lorsqu'elle est établie, elle conduit rarement à la prise en charge des frais de santé par le producteur du poison. Je paye de ma santé, de mon espérance et de ma qualité de vie, et je paye financièrement non pour un risque que j'ai choisi de prendre mais pour un risque qui m'est socialement imposé parce qu'il faut que je gagne ma vie dangereusement ou que j'habite là où il ne faut pas. Ce n'est pas celui qui crée le risque qui paye mais celui qui le subit.

Ce n'est pas tout. Certains ont trouvé le moyen de

faire de l'argent avec notre santé.

La réduction de la prise en charge par la Sécurité sociale pousse au développement des mutuelles qui ne sont plus des « complémentaires » mais des assurances privées.

Les mutuelles privées conditionneront les prises en charge à l'enregistrement auprès d'elles des professionnels de santé et décideront bientôt des bonnes pratiques pour bénéficier de leurs services. Lorsque des médicaments sont inutiles il n'y a pas lieu de les rembourser mais qui en décide et qu'est-

ce qu'un médicament ou un soin « de confort » ?

Cette évolution n'a pas pour but de faire des économies de

santé indispensables et sur lesquelles tous les partenaires doivent s'accorder, mais de permettre aux assurances privées et aux exploitants de structures de soin privées (cliniques, hôpitaux et laboratoires) de réaliser des bénéfices monumentaux.

De même, les difficultés financières des hôpitaux publics et leur impossibilité chronique à répondre à la demande ne sont pas dues à une mauvaise gestion ou à des dépenses inconsidérées. Ces difficultés sont voulues pour drainer l'énorme manne financière escomptée vers le privé qui propose, comme par enchantement, des solutions clé en

mains aux délais d'attente, à l'engorgement des urgences, aux soins non remboursés... à condition d'avoir payé son assurance.

Ce n'est pas celui qui crée le risque qui paye mais celui qui le subit.

De l'usage de l'informatique et de la robotique au travail

Gaby MAURER

Vantée par les industriels et les pouvoirs politiques, l'utilisation de l'informatique et des robots dans le système de santé est poussée avec force. Pourtant son usage n'est pas sans poser de problème.

Pour l'informatique, le moindre bug provoque des situations cocasses voire dangereuses ! Pensez à la distribution des médicaments que nos tutelles sont en train d'informatiser complètement. Sans l'informatique, la moindre donnée n'est plus accessible ! Une coupure de courant au-delà des heures de sécurité arrête tout.

Une recherche sur la robotique en santé montre que nos dirigeants ne cherchent pas à alléger la tâche des personnels mais à les remplacer ! On peut lire ¹ dans une revue spécialisée

qu'un robot peut faire le travail de 3 personnes à plein temps et coûte moins qu'une personne ! C'est une aberration d'enlever cette relation humaine qui apporte bien plus que les soins à prodiguer, quand bien même un robot serait capable de le faire. Des contrôles au chronomètre pour calculer le temps pour faire un lit ou laver une personne invalide ont été faits sur des cobayes et sans considérations des travaux annexes.

Cette volonté d'évincer les humains est une lourde erreur, pas seulement dans le système de santé ! Sans même penser aux difficultés d'entretien de

¹ <https://www.informationweek.com/mobile/10-medical-robots-that-could-change-healthcare/d/d-id/1107696#slideshowPageTop>

ces appareils. Il y a des endroits aujourd'hui où le personnel est obligé de suppléer à l'ordinateur car le matériel est vétuste. Tout cela fait fi de la complexité des besoins des malades et du nombre et de la qualité des observations relevées par les professionnels lors du passage dans une chambre.

Bien au-delà de notre système de santé, notre société a besoin d'employer les personnes qui peuplent cette terre ! Dans un avenir proche nous serons 9 milliards d'êtres humains. Ou bien, nous les prenons tous en considération, ou bien les exclus du processus le feront payer aux autres !

Les progrès de la robotique et de l'informatique permettent de mettre en place une réduction du temps de travail. Tous pourront beaucoup moins travailler en partageant du travail. L'augmentation du nombre de personnes au travail donne plus de compétences, plus d'échange, moins de stress, moins de recours au matériel lourd. Plus de temps pour exercer des activités, des loisirs et faire des rencontres. Les personnels ont besoin d'une journée plus équilibrée ! On pourrait sortir de notre monde schizophrénique dans lequel on pousse les gens qui n'ont plus le temps de faire du sport à se payer des séances de musculation pour garder leur forme physique.

Parlons aussi du coût de tout cela et de qui va payer ? Si Mr Ghosn peut gagner 40 000€ par jour, que 80 milliards peuvent quitter le pays tous les ans, il y a largement de quoi payer ceux qui travaillent pour le bien de tous.

Pour contacter les FORUMS 71
forums71sl@gmail.com

