la cgt

Lettre CESE
Groupe CGT au Conseil économique, social et environnemental

N° 42
19/12/2017

DÉSERTS MÉDICAUX

Jean-François Naton

Le Bureau du Cese du 6 juillet 2017 a confié à la commission temporaire « Déserts médicaux » la préparation de cet avis, qui a désigné Sylvie Castaigne du groupe des Personnalités qualifiées et Yann Lasnier du groupe des Associations comme rapporteur·e·s. Jean-François Naton, vice-président du Cese et conseiller du groupe CGT, a participé aux travaux. Cette autosaisine émane à la fois de pétitions citoyennes, mais également de deux rencontres avec le ministère des Solidarités et de la Santé.

COMMISSION TEMPORAIRE « DÉSERTS MÉDICAUX »

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 2017

L'AVIS

Cette autosaisine s'inscrit dans un contexte propice, et ce pour deux raisons. D'une part, elle permettra au Cese d'intégrer les préoccupations de plusieurs pétitions en ligne sur le sujet des déserts médicaux, notamment celle déposée par le docteur Alain Frobert « Un réseau national de centres de santé pour lutter contre les déserts médicaux », qui a recueilli plus de 50 000 signatures.

D'autre part, l'autosaisine s'insère dans le calendrier d'action de la ministre de la Santé, qui entend lancer un « plan médecins » à la fin du mois de septembre pour lever les freins à l'installation des médecins libéraux·les dans les déserts médicaux. La ministre souhaite que le Cese traite les autres aspects de la problématique des déserts médicaux (collaboration entre professionnel·le·s de santé, maisons de soins, télémédecine, etc.) d'ici la fin de l'année afin qu'elle puisse, dans un second temps, s'inspirer des préconisations du Conseil et mettre en œuvre d'autres mesures au cours de l'année 2018.

LES PROPOSITIONS ESSENTIELLES DE L'AVIS

La veille installée par le Cese a repéré une montée des pétitions en ligne liées à cet enjeu d'accès aux soins et à la santé, révélatrice de l'effondrement des systèmes de santé dans certains territoires. Pour la première fois depuis « l'affaire » des pétitions anti-mariage pour tous, le Cese, porté par cette expression citoyenne, a souhaité se saisir de ce défi de la recherche de solutions aux déserts médicaux.

La commission, dans sa très grande majorité, ne s'est pas laissé enfermer dans le piège d'un clivage manichéen et réducteur entre « tout salarial » et « tout libéral ». Face aux situations de non-accès aux soins et à la santé, l'urgence nous imposait à tous de sortir des logiques à l'œuvre qui ont conduit au désastre actuel. Il fallait remettre en débat les formes d'organisations du système de soins ouvert, le faire reposer sur un nouvel équilibre, un nouvel agencement coopératif, dans lequel les centres de santé auraient droit de cité, en synergie avec l'offre publique.

Dans le début des travaux, une ligne de fracture s'est établie dans la commission temporaire entre les professions libérales, certain·e·s représentant·e·s du patronat et le reste des conseiller·ère·s. Une ligne de partage cristallisée par la supposée mise à mort de la médecine libérale, alors que nous le verrons plus loin, nous en sommes bien éloignés.

Introduction du discours d'Ambroise Croizat le 2 juin 1946 à l'Assemblée nationale en réponse à une interpel-

lation sur l'application de la loi de Sécurité sociale :

« On a songé à réaliser, en France, un plan de Sécurité sociale, comme il en a été mis en œuvre depuis plusieurs années, dans d'autres pays, notamment en Grande-Bretagne, où l'on a créé un service national de santé dont l'effet pratique est une fonctionnarisation presque complète du corps médical. Mais ce risque ne s'est pas présenté et ne se présentera pas dans notre pays.»

Ce rappel de mémoire, c'est pour mieux souligner que jusqu'aux années 1980, cette forme originale de conjugaison entre la socialisation qu'est la Sécu et un système libéral a permis de développer une solution efficace dans la réponse aux besoins de soins. Le contrôle de l'activité *via* les conventions médicales venait encadrer des prétentions tarifaires et d'organisation peu respectueuses de l'intérêt général.

C'est bien l'installation du droit aux dépassements d'honoraires et la mise en place d'un *numerus clausus* irresponsable, couplées à la fermeture d'un grand nombre d'écoles de professionnel·le·s de santé chapeautée par une politique destructrice de contrainte budgétaire qui nous ont précipités dans cette crise.

L'autre phénomène bien connu reste la diminution du temps médical disponible, portée par plusieurs raisons : la légitime revendication d'une meilleure conciliation des temps professionnels et personnels, le report d'une part des missions de la Sécurité sociale sur les professionnel·le·s de santé, sous la forme de ce qu'il faut bien appeler une sous-traitance…

Enfin dans les préliminaires de compréhension du contexte, il importe d'insister sur le caractère cumulatif des handicaps pour certains territoires, la disparition des professionnel·le·s de santé arrivant après la disparition du tissu industriel et des services publics.

LES PRÉCONISATIONS

La première relève de l'ordre du changement de paradigme, pour signifier que nous devons changer notre manière de voir le monde et modifier nos comportements en conséquence.

Le renversement énoncé rejoint de manière différente nos propositions d'un retour à l'humain, d'une politique de prévention, d'éducation et de s'ouvrir à d'autres pratiques médicales.

À cet endroit, soulignons le retour dans le débat de la pertinence des centres de santé comme une des solutions à la crise. Faire référence aux centres de santé est à valider comme un des éléments des interventions, actions menées par divers acteur·rice·s, dont la CGT et sa fédération Santé action sociale.

La deuxième préconisation interroge l'origine sociale et territoriale des étudiant·e·s en médecine. Ce point ne relève pas du cosmétique mais bien d'un enjeu de démocratie afin de rompre avec l'élitisme de classe et parfois même la consanguinité de caste, l'entre-soi des « bien nés »… Durant le débat, nous avons développé la stratégie historique de l'éducation nationale visant à accompagner, dès le lycée, les futur·e·s enseignant·e·s. Ce n'est plus à l'œuvre aujourd'hui, mais ce dispositif pourrait à tout moment redevenir une réalité.

La préconisation numéro trois se concentre sur les enjeux de promotion de terrains de stage permettant de développer la médecine ambulatoire.

Mais, c'est la préconisation quatre qui suscite la plus vive opposition du patronat et des libéraux, alors que nous pourrions la juger bien timide – et elle l'est. Le simple fait d'oser, de par sa formulation, imposer, si rien n'est fait dans les trois ans, une offre de soins publique, mixée ou pas avec des maisons de santé, soulève le courroux des ténors du tout libéral. D'autant qu'un tabou est levé avec la préconisation d'instaurer un mécanisme de régulation du secteur 2, afin de réduire l'installation des médecins relevant de cette convention. Cette préconisation venait après l'exposé préliminaire où, de haute lutte, la sanctuarisation de l'offre de soins dans les territoires sous denses avec la pérennisation des centres hospitaliers avait été acquise.

Concernant la préconisation 5 visant à repositionner les ARS comme échelon de pilotage, notons une potentielle synergie entre les préconisations 2, 8 et 9, qui aurait pu être signalée dans la conclusion. La dimension territoriale du problème traité indique à elle seule que les solutions doivent relever conjointement d'une impulsion politique de sommet et d'une prise en compte spécifique à l'échelon territorial, l'ARS devant jouer un rôle de pilote pour que la mayonnaise prenne. Le diagnostic selon *« lequel l'expérience montre que la principale condition de réussite d'une maison de santé est l'existence préalable d'un projet territorial de santé »* est généralisable à tous les aspects de la question traitée.

Concernant la libération du temps médical, nous ne pouvions pas valider l'octroi de financements *via* des exonérations de cotisations des emplois de secrétariat, s'agissant d'un expédient que nous refusons, en principe, pour toutes les catégories d'emploi. Si les tâches administratives sont un véritable handicap auquel il faut remédier, son traitement renvoie à la pertinence des centres de santé où le médecin, le professionnel de santé peut se consacrer à sa tâche sans devoir être standardiste, informaticien, secrétaire, etc. Nous ne pouvons non plus souscrire aux éventuelles dotations financières supplémentaires versées aux médecins libéraux afin qu'ils s'engagent à pratiquer dans les zones sous denses.

Enfin, et sans rentrer dans les détails des autres préconisations, soulignons l'approche demandée de prévention tout au long de la vie avec un bémol sur les enjeux de la coordination de la médecine scolaire et du travail.

Car l'état de ces deux services est tellement dégradé qu'une réforme de leur propre fonctionnement doit être instaurée avant que l'on puisse parler sérieusement de coordination, ce que nous préconisons comme amendement. L'autre amendement dans cette préconisation numéro 8 non retenu portait sur la citation du syndicalisme au côté de l'associatif et du mutualiste comme intervenants dans ce nécessaire travailler ensemble.

Pour finir, si cet avis n'a rien de « révolutionnaire », il concourt à rétablir un équilibre entre public et privé et relance, de manière mesurée mais explicite, la nécessité de profonds changements.

DÉCLARATION DE LA CGT

L'avis participe de cette recherche d'une nouvelle configuration de l'offre de soins et de santé à développer, afin de répondre dans l'urgence à la dramatique situation de pénurie médicale. Ville et campagne sont frappées par le « mal-soigner », résultat de quarante années de politiques de contrainte des dépenses de santé.

Il fallait casser l'offre pour contenir la demande… Voilà le résultat.

Face à ce naufrage politique et sanitaire, aux enjeux et à l'urgence d'agir, la commission s'est attachée, dans sa très grande majorité, à ne pas se laisser enfermer dans le piège d'un clivage manichéen et réducteur entre « tout salarial » et « tout libéral ». De ce fait, elle a opté pour une remise en débat des formes d'organisation d'un système de soins ouvert, pour le faire reposer sur un nouvel équilibre, un nouvel agencement coopératif, dans lequel les centres de santé auraient droit de cité, aux côtés et en synergie avec l'offre publique.

Le renversement énoncé rejoint à sa manière les propositions de la CGT d'un retour à l'humain, à une politique de prévention, d'éducation, de promotion pour nous ouvrir à d'autres pratiques médicales. Rétablir l'empathie et la confiance, bannir les « brutes en blanc », pour reprendre une expression entendue lors des auditions sur la fin de vie… Autrement dit, changer de paradigme et modifier nos comportements en conséquence.

En interrogeant l'origine sociale et territoriale des étudiant·e·s en médecine, l'avis ouvre une perspective novatrice. Ce point relève bien d'un enjeu de démocratie afin de rompre avec l'élitisme de classe et parfois même la consanguinité de caste, l'entre soi des « bien nés »…

Avec la préconisation 4, l'avis questionne la place et le rôle du champ hospitalier public, de l'offre de soins publique, mixée ou pas avec des maisons de santé, à développer dans les zones sous denses. Cette perspective soulève le courroux des ténors du tout libéral. D'autant plus qu'un tabou est levé : oser réguler le secteur 2.

Enfin, un regret : celui de n'avoir pas réussi à convaincre que, vu l'état des services de santé au travail et la médecine scolaire, vouloir les coordonner avec la médecine de ville aurait, pour le moins, supposé de préconiser une réforme de leur propre fonctionnement. Cette proposition faisait écho à l'avis du Cese de 2008 sur l'avenir de la médecine du travail, en s'inscrivant dans la préparation de celui de 2018 sur le bien-être des élèves, et donc de la médecine scolaire.

Si cet avis n'a rien de « révolutionnaire », il concourt à rétablir un équilibre entre public et privé pour une meilleure efficacité dans la réponse du droit de toutes et tous à la santé et relance, de manière mesurée mais explicite, la nécessité de profonds changements.

Le groupe CGT a voté pour l'avis.

SCRUTIN