

*Dans cet entretien, Julien Terrié – manipulateur en radiologie et secrétaire de la CGT du CHU de Toulouse – revient sur la situation dans les hôpitaux mais surtout sur la manière dont les soignant.e.s affrontent la marchandisation de la santé et mettent en avant des alternatives possibles.*

\*\*\*

Un grand éclat de rire, entre eux des regards complices emplis de morale bourgeoise, des petites réflexions comme « *vous ne vous rendez pas compte, nous devons maîtriser les dépenses publiques de Santé...* » ou assassines comme « *heureusement que tout le monde n'est pas comme vous... Le pays serait en ruine* », c'est pêle-mêle ce que l'on entend de nos directeurs lorsque l'on demande 1500 postes supplémentaires au CHU de Toulouse, et cela même après la première vague de la COVID-19.

Derrière ce mépris de classe envers les propositions forcément mensongères, forcément exagérées et forcément politisées des grévistes et de la CGT du CHU de Toulouse, il y a une vision marchande dysfonctionnelle de l'hôpital décrite maintenant brillamment par presque tout le monde. Jusqu'au Président de la République qui affirmait le 12 mars 2020 dans son discours de pré-confinement :

*« Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché. Déléguer (...) notre capacité à soigner à d'autres est une folie (...) que la santé gratuite sans condition de revenu, (...) n'est pas un coût ou des charges mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe ».*

On ne peut être qu'abasourdi par la perversité de cette allocution contrastant avec la violente réalité de l'accélération de la casse de l'hôpital public avant et après la première vague. Mais puisque tout le monde est convaincu jusqu'au plus haut de l'état... L'objet de cet article n'est pas de décrire une énième fois la réalité de la « casse du siècle » (exercice parfaitement réalisé par le [livre éponyme de Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent](#)) et ses conséquences sanitaires mais d'explorer ce que l'on peut faire au quotidien, en tant hospitalier.e.s, que syndicalistes et usager.e.s pour inverser réellement la tendance.

## **Affronter la morale libérale à l'hôpital pied à pied**

La casse de l'hôpital, n'est pas désincarnée. Les mesures sont prises par des hommes et des femmes, plus ou moins brillant.e.s gestionnaires, pas toujours [convaincu.es](#) par ce qu'ils font, puissamment outillées pour manier les concepts et éléments de langage dans le but de trahir en permanence leurs obligations réglementaires pourtant « sacrées » : la continuité des soins (impossible sans remplacer les absences) et l'obligation de préserver la santé des hospitalier.e.s.

Pour faire accepter l'inacceptable en santé, c'est-à-dire le fameux « *faire plus avec moins* » à des hospitalier.e.s fonctionnaires majoritairement titulaires d'un statut et d'une éthique solide, il faut taper fort, très fort au quotidien à coup de répression des lanceurs d'alerte, des représentants du personnel ou tout simplement des bons professionnels qui signalent les dysfonctionnements. D'un côté semer la terreur, et de l'autre utiliser les modes

« Les directeurs du CHU de Toulouse riaient quand nous  
demandions du personnel supplémentaire »

<https://www.contretemps.eu> redaction  
fumeuses de *lean-management*, de *team building*, de *benchmarking*, concepts totalement  
inopérants dans un hôpital public qui doit être tourné vers la gestion de l'imprévu,  
l'anormal, l'atypique en permanence...

Alors que la gestion de l'hôpital devrait « rendre plus facile » nos pratiques dans les cadres des aléas intrinsèques à nos missions, les concepts phares tels que de la Tarification à l'Activité (T2A) visent à la normalisation des pratiques et des situations, les indicateurs des « *démarches qualité* » comme le taux d'occupation des lits au max en permanence, la durée moyenne de séjour au minimum, les groupes homogènes de malades...

Ces méthodes offrent des résultats bons en termes de réduction des coûts, la masse salariale du CHU de Toulouse est passée de 64% en 2008 à 53,9% du budget aujourd'hui... Elles suscitent parfois quelques innovations hospitalières, mais dans une ambiance générale de « bricolage » facteur d'insatisfaction du personnel. En général, ces gains de productivité ont toujours pour conséquence de dégrader la qualité de la prise en charge hospitalière dans tous les domaines : les soins, mais aussi des services techniques et administratifs qui sont indispensables.

Rappelons que les hôpitaux publics français ont trois missions fondamentales : le soin, l'enseignement et la recherche... La T2A ne donnant des moyens (toujours plus faibles) seulement pour le soin. Ces méthodes managériales volent en éclat aujourd'hui mais nous avons encore des directeurs dans des instances récentes qui nous parlent de taux d'occupation des lits, sans sourciller.

Ces managers que nous appelons entre nous les « Chicago boys de l'hôpital » (en référence aux économistes pinochetistes qui ont installé le libéralisme au Chili après le coup d'état de 1973) caractérisés par leurs carriérismes et leur haine du soin, utilisent une rhétorique violente et méprisante pour communiquer en interne. Dans leur communication externe, ils font parfois plus attention mais certains affichent publiquement leur idéologie comme ce directeur réagissant à la grève du personnel du pôle neurosciences :

*« Il faudra qu'ils acceptent de travailler deux week-ends sur trois. On ne peut pas s'engager sur un point sans contrepartie ou alors il faut multiplier l'effectif par deux ou trois et ça, c'est impossible. Demander treize postes c'est malhonnête dans le contexte financier de l'hôpital et de l'assurance maladie »* <https://www.ladepeche.fr/article/2014/04/26/1870444-chu-preavis-de-greve-en-neurochirurgie.html>

Voilà, c'est dit : demander du personnel hospitalier supplémentaire est « malhonnête » ! Nous sommes régulièrement traités de cette façon lorsque nous formulons ce type de revendications. Face à ce genre d'individu, il est bien sûr impossible de discuter et le « *dialogue social tendu* » s'explique aisément, les conflits sociaux aussi mais nous nous faisons un principe de médiatiser leur incompétence, leur absence d'humanité, de valeurs de soins ou de valeur de service public. Rendre visible cela et celles et ceux qui résistent au quotidien est un aspect tactique important de notre lutte.

# Une stratégie syndicale d'affrontement permanent et sur tous les sujets, pour montrer les contradictions de la marchandisation de la santé

En plus de la dégradation de la qualité des soins et de la santé des hospitalier.e.s, la liste est longue des sujets de conflits : les privatisations, l'exposition à des toxiques dont l'amiante, la réduction d'accès aux soins notamment des plus démunis, la vente du patrimoine notamment sur le site de La Grave, les restructurations, l'atteinte aux droits fondamentaux (demande de fichage des gilets jaunes par l'ARS ou violation du secret médical concernant les agents déclarant des Accidents de Travail), la lutte contre les discriminations (notamment des agents cassés par le travail), le harcèlement moral inhérent aux techniques de management pathogènes et dernièrement il a fallu même se battre pour que le CHU rémunère les étudiant.e.s infirmiers appelés en renfort comme aide-soignant.e.s pendant la crise sanitaire, leur rappeler que ce ne sont pas des esclaves...

Nous nous battons également contre des mesures de sexisme institutionnel : un exemple est notre lutte contre le projet de fermeture d'un service de radiologie dédiée aux femmes au CHU de Toulouse (mammographie, bilan PMA, ...) : les examens devront se réaliser dans le service de radiologie d'urgences, au milieu des accidents de voiture, des accueils des patients dans le cadre des épidémies... On croit rêver ? Mais c'est bien une restructuration portée actuellement dans le projet d'établissement du CHU de Toulouse.

Concrètement, les contradictions de la marchandisation hospitalière entraînent des résistances au quotidien que nous facilitons de plusieurs manières :

1. Nous assurons une protection solide aux lanceurs d'alerte, et notamment une protection de celles et ceux qui depuis le cœur du système décident de faire fuiter des informations révélatrices de la casse et de ses conséquences. La direction du CHU de Toulouse cherche encore et cherchera longtemps qui a fait fuiter les signalements et événements indésirables dans le cadre des fameuses « [CHU leaks](#) » ou qui a fait fuiter le [salaire du directeur des ressources humaines](#) ou encore l'information selon laquelle [il a touché la prime COVID maximum](#).
2. Nous tentons de structurer les revendications de services ou de pôle grâce à de nombreux préavis de grève et de journées de lutte parfois très dures (jusqu'à [la fermeture temporaire de services centraux](#)) en tentant de les faire converger sur les appels nationaux souvent impulsés par les collectifs nés dans la période pré COVID. Souvent difficile, la convergence a eu pourtant eu lieu avec succès le 18 novembre 2016, puis dans les mobilisations de fin 2019 et encore dans la grande manifestation du 16 juin 2020.
3. Nous médiatisons au maximum les mobilisations par nos propres moyens plus ou moins innovants (cf. [le clip « Basique »](#) qui est passé à la postérité) et par des vidéos et interviews de grévistes ou d'informations. Nous avons été acteurs de la grande enquête d'« Envoyé spécial » sur le CHU de Toulouse : [« Hôpital Public, la loi du marché »](#).
4. Nous donnons avec les CHSCT tous les outils pour que les agents comprennent les objectifs pervers de la direction et aussi nous produisons des documents importants ayant valeur juridique pour pouvoir faire reconnaître la responsabilité des directions sur la dégradation de leur état de santé. De plus en plus d'agents attaquent le CHU avec succès, pour faire condamner la direction du CHU de Toulouse.

5. Nous insistons sur les données économiques prouvant que l'hôpital est directement à la merci des intérêts capitalistes : l'endettement colossal et artificiel auprès des banques commerciales (le CHU de Toulouse a investi 1 milliard d'euros depuis 2008, 600 millions d'euros ont été empruntés sur les marchés financiers et l'endettement s'est encore accru quand nous avons perdu le triple AAA [pour un BAA en 2012](#). Le directeur de l'époque n'était pas inquiet... Pourtant si l'investissement hospitalier était pris en charge par l'assurance maladie (comme le reste du financement), nous aurions à Toulouse cette année 54 millions d'euros de plus dans le budget ! De quoi embaucher 1300 hospitalier.e.s... Utiles en cas de pandémie.

6. Nous condamnons l'État qui n'est pas en reste dans le poids financier qu'il fait peser sur l'hôpital sur de nombreux aspects mais le plus caricatural est le prélèvement d'un impôt : Cette année, nous avons encore payé 67 millions d'euros d' « *impôts sur la rémunération* » dont la controversée « *taxe sur les salaires* ». Sans ces impôts, nous pourrions embaucher 1600 hospitalier.e.s de plus...

## Rendre visible les alternatives possibles

Même s'il y a des tentatives au quotidien, les administrations verrouillent complètement les possibilités de faire autrement à l'hôpital, pour rendre possible des alternatives, il faut formuler des propositions claires :

- La gestion des hôpitaux doit se faire par les hospitalier.e.s eux-mêmes avec des élections au sein de l'établissement, les représentants du personnel élus doivent s'associer aux organisations des territoires dans une démarche réelle de démocratie sanitaire.
- Dans les hôpitaux et les EHPAD, les services doivent être « normés », c'est-à-dire que le sous-effectif doit être interdit comme c'est déjà le cas dans certains services comme la réanimation ou certains autres soins critiques ou de psychiatrie et aussi dans certains pays. Les spécialités doivent être respectées pour garantir un meilleur soin à la population mis à mal par la mutualisation des personnels.
- Évidemment nous devons réintégrer toutes les activités privatisées... Et la création d'un grand service public de santé incluant comme fonctionnaires tous les acteurs financés par la sécu (cliniques et maternités privées, médecine de ville, laboratoires, pharmacie, soin à domicile, EHPAD, en incluant les pompiers et les agents de la sécurité sociale et des mutuelles) avec la réouverture des hôpitaux de proximité et création de secteurs de santé publique pour se rapprocher au plus près des résidences notamment dans les quartiers populaires ou les zones rurales comme cela existe en psychiatrie.
- La population doit bénéficier du remboursement à 100% de tous les soins, les habitant.e.s d'Alsace - lorraine ont les soins remboursés à 90% sans que le déficit soit plus important qu'ailleurs. Les mutuelles doivent être dissoutes et leurs biens et l'ensemble de leurs salariés intégrées dans le régime général.
- Les salaires hospitaliers et les pensions des retraités hospitaliers doivent aussi bien sûr être fortement augmentés mais aussi progresser chaque année avec une échelle mobile des salaires pour s'adapter à l'inflation et aux augmentations liées au logement notamment, les études hospitalières doivent être payées à la hauteur d'un salaire de début de carrière. Les hospitalier.e.s doivent avoir réellement les soins gratuits sans entrave des

- Les artisans de la « casse du siècle » doivent être lourdement condamnés pour leur responsabilité dans les conséquences sanitaires de leurs méfaits sur la santé de la population générale et sur la santé des hospitaliers qui ont dû puiser dans leurs chairs et leur ressources mentales pour que les conséquences sur la population de l'austérité ne soient pas dramatiques.
- Les Hôpitaux doivent aussi faire une révolution écologique en tous points... Notamment développer la recherche sur la médecine préventive liée à l'environnement, sujet insuffisamment présent ou opérant dans les hôpitaux.
- Et bien sûr gagner la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, et augmenter les normes de protections pendant les crises sanitaires (et non les baisser comme aujourd'hui).

## Déconfiner les profits vers la Sécurité sociale pour financer la santé

Les hôpitaux sont financés par la Sécurité Sociale, qui elle-même est financée par les cotisations sociales que chacun d'entre nous payons tous les mois (regardez votre fiche de paie). Donc à chaque dispositif d'exonération de « charges sociales » depuis les années 80, c'est concrètement des lits en moins, des personnels en moins, du matériel en moins et des investissements qui doivent se faire en empruntant sur les marchés financiers ou en dégageant des marges (capacités d'autofinancement) en surexploitant les personnels hospitaliers.

La réforme nécessaire du financement des hôpitaux doit se baser tout d'abord sur une garantie de financement sans limite de pourcentage du PIB, dans le principe de « *chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* » le niveau des cotisations doit être adapté chaque année aux besoins définis dans le cadre d'une démocratie sanitaire réelle intégrant le mouvement associatif et militant des territoires.

La réserve de richesse à transformer existe : environ 700 milliards d'euros de profits chaque année-(cf. répartition annuelle française du PIB) Pour éviter de confiner et reconfiner la population et nos libertés pour un virus ou une autre catastrophe sanitaire, la seule solution viable est de déconfiner les profits dans la Sécurité Sociale (actuellement 500 milliards d'euros toutes branches comprises) en augmentant les salaires de toute la population et le taux de cotisation sociale pour la santé.

Au contraire, Emmanuel Macron a supprimé les cotisations sociales Assurance Maladie dans tous les salaires lorsqu'il était ministre de l'économie de François Hollande, pour les remplacer par un impôt (la CSG), il a mis en place la première étape nécessaire au tout assurantiel. Or, nous savons que seul un fonctionnement comme celui de la sécurité sociale, sans banque et réellement déconnecté de l'Etat est efficace pour étendre le service public de santé et créer de nombreux emplois. A condition que la gestion redevienne démocratique et par les seuls représentants des travailleurs.

On nous dit depuis 1979 : « *exonérons des charges sociales pour créer de l'emploi* »... Pourtant l'argent des cotisations sociales versées aux caisses de Sécurité Sociale est la première source d'emploi dans toutes les villes, villages et départements du pays... La liste

est longue des emplois générés par la Sécu : les personnels hospitaliers, les personnels de santé libéraux, les personnels des cliniques privés, les agents de la sécurité sociale, les emplois indirects financés par les CAF, etc. Outre qu'il faudrait harmoniser toutes ces fonctions dans un grand service public de la santé et de l'action sociale, il est évident que les exonérations de cotisations sociales détruisent de ces emplois non délocalisables et en créent en réalité très peu... Historiquement, le chômage explose depuis que l'on baisse les cotisations sociales.

Or, le fonctionnement de la « Sécu » déconnecté de l'Etat et des banques est le seul système viable dans une société qui doit développer totalement son système de santé et qui doit opérer obligatoirement une transition écologique et une relocalisation de la production des richesses.

L'augmentation des salaires et des cotisations sociales doit aussi financer la transition écologique. Nous pouvons prendre pour exemple la proposition d'Agronomes Sans Frontière de créditer la carte vitale de chacun.e de 100 à 150 euros par mois utilisables seulement auprès de producteurs conventionnés par la « Sécu » (comme le sont actuellement les médecins) sur des critères de respect de normes écologiques, et sociales à fixer collectivement. Une nourriture saine avec le moins de pollution possible pour y avoir accès ne devrait-elle pas faire partie du dispositif de Santé Publique ? Une espèce d'immense AMAP à laquelle on a accès avec sa carte vitale... C'est la modernité que peut offrir la sécurité sociale.

C'est aussi la raison pour laquelle ce gouvernement engagera une bataille à mort au sortir de la crise sanitaire pour anéantir définitivement la « Sécu » dans toutes ses dimensions : branche retraite, santé, chômage... Sous couvert des déficits cumulés pendant la crise COVID.

Nous n'avons pas d'autres choix que de la défendre pour l'étendre dès maintenant comme nos anciens qui ont bâti les « jours heureux » après 1945... C'est la mère des batailles, dès aujourd'hui. Il y a urgence.

**Photo : Serge d'Ignazio.**