

L'hôpital public en danger



L'hôpital public, grand corps malade

Rentabilité ! Voici le maître mot, désormais, à l'hôpital public, pressuré par les pouvoirs publics au détriment de la qualité des soins. Dans le cadre de notre dossier sur la crise, entretien avec le Pr Grimaldi, de la Pitié-Salpêtrière, à Paris, et reportage à l'hôpital Avicenne de Bobigny.

L'hôpital public est en danger. Qui n'en a pas fait l'expérience ? Des urgences débordées. Des délais d'attente à n'en plus finir. Des médecins et des personnels soignants qui travaillent à flux tendu : en novembre dernier, les infirmiers en grève de Tenon, dans le 20e arrondissement de Paris, ont voulu ainsi braquer les projecteurs, de façon salutaire, sur les sous-effectifs, la désorganisation et, au final, le manque de sécurité pour les patients. Paradoxe de cet hôpital public à la française : il peut réunir en son sein les meilleurs spécialistes mondiaux d'une discipline et fonctionner parfois avec des bouts de ficelle. Personne ne doute qu'il doit mieux s'organiser, s'adapter à la médecine du XXIe siècle, qui a remplacé les mandarins par le travail en équipe. Sauf qu'à tous les étages une même logique de rentabilité le transforme en hôpital-entreprise. L'hôpital public est-il en voie de privatisation ? Les cliniques privées vont-elles continuer de s'emparer de la médecine « rentable » ? Et quid des assureurs privés qui piaffent d'impatience pour croquer cet énorme gâteau de la santé publique ? Leur plan est clair : une médecine de confort, pour ceux qui en ont les moyens. Aux pauvres, le minimum légal. A l'américaine.

Alors quel hôpital public voulons-nous pour demain ?

Le Pr André Grimaldi : "Une consultation, pour être rentable, devrait durer douze minutes !"

Pour André Grimaldi, auteur de "L'Hôpital malade de la rentabilité" et professeur à la Pitié-Salpêtrière (Paris), la fin du service public hospitalier est proche. En cause : les réformes successives dont les logiques mercantiles font de l'hôpital une entreprise.



Le Pr André Grimaldi est l'un des fers de lance du Mouvement de défense de l'hôpital public (MDHP) qui a rassemblé médecins et professionnels de la santé contre la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires), dernière grande réforme de l'hôpital en 2009. Franc-tireur et solidaire dans ce milieu des professeurs de médecine où l'individualisme l'emporte, ce diabétologue de la Pitié-Salpêtrière a tiré la sonnette d'alarme dans un livre qui décrit avec force les dérives du service public : *L'Hôpital malade de la rentabilité* (éd. Fayard, 2009).

Nous sommes entrés dans l'ère de l'hôpital-entreprise, écrivez-vous dans votre livre *L'Hôpital malade de la rentabilité*. De quand datez-vous cette transformation ?

Le processus date d'une dizaine d'années, mais le vrai basculement correspond à l'arrivée au pouvoir de Nicolas Sarkozy. Qui influençait jusque-là les décideurs politiques ? Surtout le secteur médical, où de grands noms, tels les Debré – le premier d'entre eux, le professeur Robert Debré, était le père du Premier ministre du général de Gaulle –, ont joué un rôle décisif en tant que conseillers politiques. Désormais, c'est le monde des assureurs et les grands gestionnaires de compagnies de cliniques privées (Médéric, Axa, la Générale de santé, Korian...) qui ont l'oreille de l'Élysée. Ce secteur financier, industriel et commercial de la santé est un lobby très influent aux plus hauts sommets de l'État.

Comment se manifeste cette dérive du service public vers l'hôpital-entreprise ?

Grâce à un outil essentiel : la tarification à l'activité, dans notre jargon, la T2A. Les recettes d'un hôpital sont désormais directement liées au nombre d'actes et de consultations enregistrés par l'établissement, donc à son volume d'activité. Ce mode de financement a été mis en place avant l'arrivée de Sarkozy, vers 2005, mais il est devenu aujourd'hui l'alpha et l'oméga du système, et s'est révélé d'une grande perversité.

Pourquoi ?

Il a fait entrer l'hôpital public dans une logique purement gestionnaire. Ainsi, une consultation, pour être rentable, devrait durer douze minutes ! En effet, si vous calculez le ratio entre ce que l'assurance maladie rembourse à l'hôpital et le coût des médecins, infirmiers..., vous arrivez à douze minutes. Une stupidité, car tout dépend du patient et de la pathologie.

Autre exemple : tous les services de cancérologie de France se sont mis à faire sortir les malades et à leur demander de revenir pour comptabiliser deux séjours au lieu d'un, un premier pour faire un bilan et un second pour mettre en place le cathéter qui permettra de faire la chimiothérapie. L'assurance maladie paie ainsi deux fois l'hôpital. Avec la tarification à l'activité, les médecins se retrouvent face à un dilemme : ils sont déchirés entre donner le juste soin pour le patient au moindre coût pour la Sécu ou défendre leur structure en augmentant des soins inutiles. Un vrai conflit éthique.

L'Institut Montsouris à Paris [*un hôpital privé à but non lucratif, NDLR*] possède un logiciel pour « optimiser le codage ». C'est-à-dire pour augmenter la facture à la Sécu !

On imagine bien que le but de la réforme n'était pas celui-là...

Non, et au moment de la mise en place progressive de la T2A, en 2005, nous avons tous cru naïvement que plus d'activité dans nos services signifierait plus de moyens pour l'hôpital. En fait, le Parlement vote chaque année une enveloppe globale, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), qui contient les crédits alloués à la santé, secteurs public et privé confondus. Cette enveloppe n'est pas extensible. En 2010, les hôpitaux publics ont ainsi augmenté leur activité de 3 %, davantage que prévu. Or, pour 2011, leurs tarifs – et donc leurs recettes – seront quand même abaissés de 0,7 %. C'est un jeu de dupes.

La T2A est un moyen pour mettre sous pression les hôpitaux. Le pouvoir exige qu'ils reviennent à l'équilibre en 2012 – le déficit de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), en 2009, était de 96 millions d'euros, ce qui n'est tout de même pas énorme pour un budget de 6,4 milliards. Alors on supprime du personnel, en commençant par les CDD, puis on ne remplace pas les gens qui partent en retraite. C'est dans cette spirale qu'est entrée l'AP-HP, qui envisage de supprimer 1 300 emplois cette année.

On oppose très souvent à votre raisonnement que tous les pays développés ont adopté, peu ou prou, la T2A.

Ils sont tous entrés dans la logique libérale marchande, eux aussi, mais ils n'ont pas appliqué ce système à 100 %, et c'est ce qu'il faudrait faire : une tarification à l'activité mais pour des activités techniques, standardisées. Et une dotation globale pour les autres activités. Bref, adapter le financement à l'activité et non l'inverse.

La tarification à l'activité n'est pas qu'un outil, c'est une politique, si on vous comprend bien. Au service de qui ?

De la clinique privée. La T2A est un cheval de Troie. Avec elle, les fermetures d'hôpitaux publics se feront « naturellement », c'est machiavélique : l'hôpital public est en déficit, il va supprimer de l'emploi, des activités. On dira que la clinique privée d'en face fait le travail et qu'elle est moins chère pour la Sécu.

La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui regroupe quelque 1 250 établissements de santé privés en France, prétend, effectivement, que le privé coûte un tiers moins cher à la Sécurité sociale que le public. Comment est-ce possible ?

Elle annonçait même 40 % moins cher dans ses campagnes de communication, il y a neuf mois. C'est devenu 27 % aujourd'hui, ça vous donne une idée du sérieux. Ces chiffres sont frauduleux : ils ne prennent pas en compte les honoraires (ni bien sûr les dépassements d'honoraires) facturés par leurs médecins libéraux. Moins cher pour la Sécurité sociale, peut être, mais trois fois plus cher pour le malade. Et puis les cliniques commerciales ont des tarifs souvent plus faibles parce qu'elles choisissent les pathologies les plus rentables. Qui assure les urgences vingt-quatre heures sur vingt-quatre ? L'hôpital public, bien sûr, car cela ne serait d'aucune rentabilité pour le secteur privé ou alors il ferait le tri, garderait les fractures et les appendicites et renverrait les polytraumatisés. Quand on pense que des cliniques privées font payer leurs chambres individuelles jusqu'à 150 € par jour...

Mais le secteur public y vient : à la suite d'autres hôpitaux en régions, cinq établissements de l'AP-HP (Bichat, Bretonneau, la Pitié-Salpêtrière à Paris, Beaujon à Clichy et Avicenne à Bobigny) font désormais payer leurs chambres individuelles 45 € la nuit.

C'est scandaleux et, en plus, inapplicable. Qu'on paie pour avoir la télé dans sa chambre, je comprends. Mais l'humanisation des hôpitaux passe aussi par des chambres individuelles. C'est un devoir, pas un luxe. En plus, cette logique marchande va entraîner la société dans une logique judiciaire de client-consommateur : les patients auront raison de demander un dédommagement parce que les fenêtres de nos vieux hôpitaux publics laissent passer les courants d'air ou que le chauffage est mal réglé ou que la peinture s'écaille ! On nous dit que cette disposition ne s'applique pas aux patients nécessitant une chambre seule pour raisons médicales, mais qui va assurer cette comptabilité : les cadres infirmiers ?

***"Quand tout va bien, c'est rentable : parfait pour le privé.
Quand ça se complique et que le patient nécessite
des soins spécialisés prolongés : on passe au public."***

Quel avenir voyez-vous pour l'hôpital public ?

On va lui réserver tout ce qui n'est pas rentable. A Paris et l'Ile-de-France, il y a trente-sept hôpitaux. Dans un scénario noir, on peut imaginer n'avoir à terme que quatre ou cinq établissements publics de grand renom – des instituts de pointe, à l'américaine –, tout le reste étant privatisé.

On se dirige aussi vers plus de partenariat public/privé : M. Jean-Loup Durousset, le président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), a osé proposer que s'installe une maternité privée à l'hôpital public de la Pitié-Salpêtrière, sa propre maternité, la clinique Bien naître, dans le 11e arrondissement de Paris, étant d'ailleurs en liquidation

judiciaire. Heureusement, aucun responsable n'a répondu à sa proposition. On devine la logique de ces partenariats public/privé. Quand tout va bien, c'est rentable : parfait pour le privé. Quand ça se complique et que le patient nécessite des soins spécialisés prolongés : on passe au public.



Il y a aussi les partenariats public/privé pour faire construire gratuitement un hôpital par une banque en échange d'un loyer mensuel. Pour l'immense hôpital Sud Francilien d'Evry-Corbeil-Essonnes, qui vient d'être terminé, le loyer sera de 30 millions d'euros par an pendant quarante ans. Soit 1,2 milliard d'euros, au bout du compte. Près du double de ce qu'aurait coûté le recours au marché public !

Bien sûr, le système actuel peut et doit être amélioré : la médecine évolue, on aura sans doute besoin de moins de lits car on soignera davantage sans hospitaliser les patients. Des restructurations sont nécessaires, mais sur d'autres critères que ceux de la rentabilité.

Que devient, dans ce contexte, l'égalité des soins pour tous, sur laquelle reposait notre système ?

Elle va régresser. Mais le débat est pervers car personne, en France, ne sera assez bête pour se prononcer pour l'inégalité des soins. L'habileté consiste à dire qu'on est pour « l'équité ». Décodons. On va vous dire : mais à quoi ça sert de rembourser Mme Bettencourt pour ses soins ? Franchement, elle peut se payer un assureur privé. Une fois que vous êtes entrés dans cette logique, vous aboutissez à une assurance pour les pauvres (Medicaid, l'assurance maladie des pauvres aux Etats-Unis, est en train de refuser de financer les greffes d'organes pour les plus défavorisés) et, pour les autres, des assureurs privés. Et voilà comment l'idée de solidarité peut exploser.

Vous pointez du doigt les pouvoirs publics et les patients-consommateurs que nous sommes. Mais les médecins n'ont-ils pas aussi une responsabilité dans cette affaire ?

Bien sûr que si : il y a des abus du côté de la médecine libérale. Il est indéfendable qu'un médecin s'installe là où il veut, quand il veut, comme il veut. Encore faut-il prévenir les

étudiants avant qu'ils s'engagent dans des études longues et difficiles et donner aux jeunes médecins des conditions de vie et de travail acceptables ; ça suppose d'envoyer des équipes pluridisciplinaires dans des structures publiques (centres de santé rénovés ou nouvelles maisons médicales), permettant d'exercer une médecine de proximité moderne non soumise à la tyrannie du paiement exclusif à l'acte, avec des conditions de travail correctes et sans dépassement pour les patients. Autrement, on continuera à entretenir l'embouteillage des urgences hospitalières passées en dix ans de 9 à 18 millions par an.

Quant à nous, médecins hospitaliers, nous sommes venus à bout du système mandarin. Mais il n'a pas été remplacé par une communauté médicale régie par des règles de fonctionnement transparentes : chacun fait jouer ses influences pour défendre son service, ses élèves, sa spécialité, son hôpital contre les autres...

Où en est notre système de santé par rapport à nos voisins ?

Dans un rapport paru en 2000, l'Organisation mondiale de la santé avait placé le système de santé français au premier rang de ses 191 membres, en se fondant sur la qualité des soins dispensés. Ce classement avait d'ailleurs provoqué quelques doutes chez les experts. Dix ans plus tard, nous sommes probablement encore dans le peloton de tête, mais notre système a régressé : la qualité des soins n'est pas bonne dans certains endroits, les délais pour obtenir un rendez-vous s'allongent et, surtout, les dépassements d'honoraires renforcent les injustices de notre système. Car c'est sans doute sur ce point, l'inégalité d'accès aux soins, que nous reculons le plus, avec 23 % des Français qui renoncent à des soins pour des raisons financières. Avec le spectre d'une médecine non à deux mais à dix vitesses, en fonction des revenus.

Propos recueillis par Thierry Leclère

Télérama n° 3193

A lire

Où va le système de santé français ? éd. Prométhée, 2010. Débat contradictoire entre André Grimaldi et l'économiste de la santé Claude Le Pen.

A Bobigny, radiographie d'un malaise

Suppression d'effectifs, restriction budgétaire... L'hôpital Avicenne, en Seine-Saint-Denis, est au bord de l'implosion.

« A l'hôpital Avicenne, nous sommes dans la tranchée, en première ligne, mais avec des pétoires ! » Malgré son air sarcastique, le Pr Jean-François Morère n'a guère envie de plaisanter. Il nous invite dans la grande salle de réunion de son service de cancérologie. Charme désuet, boiseries années 1970 et grand écran plasma pour les visioconférences. Le cancérologue, qui dirige l'important service d'oncologie, à Bobigny, sur les traces de son ancien « patron », le célèbre Pr Lucien Israël, se reprend : *« Je ne veux pas paraître trop négatif... Ce qui est sûr, c'est qu'ici le terme de service public prend tout son sens. »* L'état sanitaire de la Seine-Saint-Denis est effectivement l'un des plus alarmants de France : *« Surmortalité... Taux de cancers supérieur à la moyenne... Obésité... Le tout dans un département où le revenu moyen est inférieur de moitié à celui*

d'un Parisien. » Ici, à Bobigny, la notion de service public n'est pas une abstraction. Elle signifie soigner tout le monde, en situation régulière ou non (le département compte des dizaines de milliers de sans-papiers), avec ou sans revenu. Offrir à chacun la même qualité de soin.

« **Le service public, c'est un idéal** », nous ont dit avec conviction les médecins, infirmiers et aides-soignants que nous avons rencontrés tout au long de cette enquête. Sans doute parce qu'ils sentent que l'urgence est grande et que l'hôpital public est en danger. Voilà pour l'engagement, indéniable, de la majorité du personnel, soit 450 médecins et internes, 470 infirmiers, 1 250 employés administratifs et autres. Pour l'exercice au quotidien, c'est une autre histoire : « *On a tellement réduit les effectifs qu'on est sur un fil*, constate le Pr Morère. *Comme on manque dramatiquement de brancardiers, c'est souvent l'étudiant en médecine qui s'y colle.* » Son collègue Olivier Bouchaud, chef du service des maladies infectieuses et tropicales (vingt-deux lits dont cinq à six patients, en moyenne, atteints de tuberculose, une maladie extrêmement rare dans notre pays), n'est pas plus rassurant : « *Je ne suis pas tranquille quand je quitte l'hôpital, le soir, avec une seule infirmière – parfois intérimaire – pour l'équipe de nuit.* » Luc Elyovics, infirmier et militant syndical à Sud, avoue ne plus pouvoir faire son métier comme il le voudrait : « *Je n'ai plus le temps de faire du relationnel avec les patients. Je ne suis plus infirmier, je suis maltraitant : "Bonjour, vous allez bien, je vous pique, au revoir !"* » Pas facile, d'ailleurs, de recruter quand on sait qu'un(e) infirmier(e), avec son bac + 3, démarre autour de 1 500 € net par mois, en cumulant week-ends et jours fériés...



Avicenne est au bord de l'implosion. Avec ses 550 lits et ses 180 000 consultations annuelles, l'hôpital possède des équipements hypersophistiqués, ce qui ne l'empêche pas de tourner « *avec des bouts de ficelle* », comme dit le jeune médecin Thibault Le Gourrierc. « *L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe 37 hôpitaux*

et emploie plus de 90 000 personnes, est présentée à l'extérieur comme à la pointe de la recherche scientifique, dit cet urgentiste de 32 ans. Ce n'est pas faux. Mais c'est la façade. Derrière, on rame tous au quotidien. »

17 heures, un lundi du mois de janvier : 82 patients ont déjà passé le sas des urgences depuis la nuit. Une petite minorité vient pour des bobos : 10 à 20 % repartent aussitôt après la consultation. Le Pr Frédéric Adnet, qui dirige ce service avec la foi du charbonnier, regarde les cas urgents sur l'ordinateur qui mouline péniblement : deux traumatismes crâniens dont un dû à une agression. Un trouble du rythme cardiaque. Des urgences de cancérologie (*« on voit arriver des patients en stade avancé qui découvrent leur cancer chez nous car ils n'ont pas consulté auparavant »*) et aussi de pneumologie.

Le Pr Adnet fait volontiers visiter son service, n'oubliant pas au passage la porte d'accès en verre étoilé, pas réparée depuis un an, et les brancards cassés dont les barrières sont rafistolées avec du plâtre ; il peste contre cette salle commune où les patients sont séparés par des bâches de couleur beige : voilà deux ans qu'il demande, en vain, que des cloisons soient posées. Et les WC ! Les urgences en comptent un pour les visiteurs en salle d'attente et un seul pour les malades, alors que cent personnes transitent ici chaque jour. Pour le nettoyage, c'est deux fois par jour. Une fois le matin, une fois le soir. Terminé. Il y a bien longtemps que l'hôpital ne dispose plus de son personnel de nettoyage. Une société privée assure l'entretien *« et si une compresse ou du sang tombe sur le sol, comme dit Thibault Le Gourrierc, c'est au personnel des urgences de nettoyer »*.

Les urgences d'Avicenne ne datent pourtant pas de 1935, date de la construction de cet hôpital réservé initialement aux « indigènes » franco-musulmans. Le service est même plutôt spacieux, mais, de l'avis de tous, la moindre demande de travaux s'enlise dans le maelström bureaucratique de l'Assistance publique. Les médecins hospitaliers en colère pointent la dernière réforme, la loi dite HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) défendue en 2008-2009 par la ministre Roselyne Bachelot, mais pas seulement : *« C'est toute une mécanique qui s'est mise en place depuis une dizaine d'années, au gré des multiples réformes qui n'ont cessé de se succéder, explique le Pr Adnet. Désormais, l'organisation de l'hôpital public n'est plus centrée sur le malade mais sur la logique comptable. On ne nous parle plus que de parts de marché à gagner, d'optimisation des recettes et d'efficience. On a complètement changé de paradigme ; la santé devient un bien marchand comme les autres. »*

Cette course à « l'efficience » se traduit par des tableaux d'activité qui sont adressés, chaque mois, aux médecins responsables d'un secteur. La direction de l'hôpital mesure l'activité d'un service, un peu comme l'Audimat mesure l'audience des chaînes de télé : nombre d'admissions, durée moyenne de séjour, taux d'occupation des lits... *« Ça ne me choque pas en soi qu'on évalue notre activité, mais tout dépend quelles conséquences on en tire », note le Pr Bouchaud. « Une santé qui coûte moins cher ? Je peux l'entendre, rétorque son collègue Frédéric Adnet. Mais pas au détriment de la qualité des soins. L'administration de l'hôpital m'a dérangé un jour où j'étais chez moi pour m'annoncer que mes statistiques étaient mauvaises. Que j'étais, dans tel secteur, en grand déficit ! »*

La majorité des médecins d'Avicenne craignent qu'une logique d'hôpital-entreprise s'installe durablement, ruinant, à terme, l'idée de service public. Que cette logique avance

au nom de la rationalisation des coûts et d'une meilleure organisation est d'ailleurs très vicieux, car personne ne nie les dysfonctionnements actuels de l'hôpital public. Défauts d'organisation et manque de personnel se conjuguent, pour le pire. Même chose pour les équipements haut de gamme d'Avicenne, qui fonctionnent au ralenti : un scanner seulement sur deux tourne à plein régime et l'IRM, l'équipement d'imagerie médicale si indispensable, ne fonctionne pas vingt-quatre heures sur vingt-quatre mais seulement dix à douze heures par jour, faute de personnel suffisamment formé. Ajoutez à cela les problèmes d'organisation liés aux trente-cinq heures et aux congés que les salariés n'ont plus le temps de prendre (1,3 million de jours dus sur l'ensemble de l'AP-HP !) et vous avez un personnel à bout de nerfs.

Alors tous les regards, à Avicenne comme ailleurs, se tournent vers le directeur de l'hôpital, « *le seul patron* », comme dit Nicolas Sarkozy, qui a souhaité, avec la loi HPST, déplacer le pouvoir des médecins vers la direction de l'établissement et la gestion. La « patronne », en l'occurrence Mme Dominique de Wilde, est une femme énergique qui ne provoque guère d'éruptions cutanées dans le corps médical car elle a eu l'intelligence de ne pas l'attaquer de front. N'empêche, dans son bureau qui ressemble à une cabane de chantier (du provisoire qui dure depuis des années), elle doit appliquer une politique, serrer la vis et réduire les déficits : 17,8 millions d'euros en 2009, 13 millions en 2010, et un plan d'économie encore plus dur pour 2011, d'après les dernières consignes qui sont tombées de l'avenue Victoria, à Paris, siège de l'AP-HP. Développer l'activité ? « *On a des marges de progression certaines, surtout en oncologie* », rétorque Mme de Wilde. Mais où tailler dans le budget sinon dans les salaires quand on sait qu'ils représentent 70 % des dépenses ? Face aux craintes de réduction d'effectifs – Avicenne est déjà sur la corde raide pour le nombre d'infirmiers et en manque criant pour les aides-soignants –, la directrice nous répond... qu'elle « *n'a pas le droit de communiquer sur les effectifs* ».



Mme de Wilde qui, dans le cadre du regroupement des établissements, gère, en plus d'Avicenne, l'hôpital de Bondy et celui de Sevran, est-elle ce super patron décrit par la loi ou un fusible aux mains de la tutelle ? Les signaux qui arrivent depuis quelques semaines de la nouvelle direction de l'AP-HP – toujours plus de productivité, toujours plus de rentabilité – sont très inquiétants. Liée à son obligation de réserve, Mme de Wilde (qui touche une prime d'intéressement annuelle en fonction des performances de ses hôpitaux)

ne veut pas s'épancher sur les tares du système. Elle préfère parler des bouleversements de la médecine au XXI^e siècle : travail en équipe, extinction du système mandarinal, développement de la médecine ambulatoire, etc. Sous pression de sa direction, elle s'interroge aussi sur « *la culture redoutable de l'arrêt de travail* » qui sévit, dit-elle, à Avicenne, comme dans les autres hôpitaux parisiens. Carole Soulay, du syndicat Sud, ne nie pas que les arrêts maladie de courte durée explosent depuis quelques années. Mais elle a son explication : « *C'est devenu l'un des moyens d'exprimer son ras-le-bol.* »

Avicenne, hôpital sentinelle avec sa population majoritairement défavorisée, est aux avant-postes des besoins de santé publique. Aura-t-il demain les moyens de fonctionner ?

« ***J'espère faire ma carrière aux urgences. Il y existe un vrai esprit de famille. Tout le monde se serre les coudes*** », dit Thibault Le Gourrierc, qui gagne 3 280 € net par mois, sans les gardes, pour quarante-huit heures par semaine. Dans le privé, il augmenterait facilement son salaire. « *Avec l'hôpital public, la société dispose d'un superbe outil. J'ai envie de dire aux politiques : ne le cassez pas !* clame le jeune docteur. *Assistance publique : ces deux mots ont encore du sens pour moi. C'est mon côté utopiste. Je suis fier et content d'y bosser. Mais à force de nous user...* »

Thierry Leclère

Télérama n° 3193

Pétition <http://petition-mdhp.fr/>

Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
<http://www.coordination-nationale.org/>

Crise économique et sociale.

De quoi s'agit-il ? Quelles en sont les conséquences ? Comment en sortir ? Au fil des semaines, Télérama propose une série d'enquêtes, de reportages et d'analyses pour tenter de comprendre.

Source <http://www.telerama.fr/tag/dossier-la-crise/>