Comment renforcer l'action des parlementaires communistes sur les questions de santé après les annonces des ministres E. Philippe et A. Buzin ?

Jean-Claude Vaslet*

* Membre de la commission nationale Santé du PCF et expert auprès des IRP du secteur public hospitalier.

Alors que le gouvernement va vers toujours plus de destruction du service public, toujours plus de recul de la sécurité sociale, toujours plus de marchandisation du soin, s'efforcer de mieux comprendre pour mieux agir.

Comment ne pas voir dans les annonces du gouvernement du 13 février et leur mise en scène, une réponse politique aux luttes sociales qui dénoncent les conséquences des politiques d'austérité dans la santé et la protection sociale ?

L'arnaque de la hausse du pouvoir d'achat par la baisse des cotisations sociales commence à être élucidée. Le hold-up opéré sur les retraités via la hausse de la CSG ne passe pas !

De nombreux conflits éclatent dans les hôpitaux publics aux cris de « On n'en peut plus ! ». La journée d'action dans les EHPAD est un succès inégalé. Une autre est annoncée.

Le tour de France des parlementaires communistes est autant de promesses de témoignages, de rassemblements de contestation et de montées des exigences pour des solutions démocratiques et populaires.

Le gouvernement vient de répondre. Il n'a pas l'intention de faiblir dans l'application de son programme ultra-libéral tant l'appétit des groupes multinationaux et des fonds de pensions est insatiable. L'ambiance pro-business que veut créer Macron ne peut se satisfaire de la sécurité sociale et de services publics !

D'ailleurs le préambule du discours ministériel est clair. Il reprend la litanie déjà entendue depuis trop longtemps : « … nous ne devons pas considérer

l'excellence comme acquise, ou reposant uniquement sur les ressources financières que nous lui allouons. Il nous faut au contraire l'adapter aux enjeux de notre époque. »

Ils confirment ainsi la poursuite et l'aggravation de la politique d'austérité inscrite dans le budget de la sécurité sociale 2018, qui entérine la baisse des ressources de l'hôpital de 1,2 milliard d'euros pour la seule années 2018. Et pour être certain d'avoir été bien entendus, alors que nos deux édiles prétendent avoir compris les effets pervers de la T2A, ils en remettent une louche en annonçant une nouvelle baisse des tarifs de la T2A.

C'est dans ce contexte que doivent s'analyser ces annonces pour décrypter les finalités du « plan de bataille du gouvernement pour réformer l'hôpital en profondeur. »

L'objectif de l'annonce ministérielle est donc double :

– Gagner du temps en espérant que les non-annonces calmeront la colère des soignants et de la population.

– S'appuyer sur le mécontentement et la colère pour avancer, dans quelques mois, vers une redistribution de l'offre de soins et de la protection sociale en faveur du privé lucratif.

C'est pourquoi le mouvement social ne doit pas se laisser endormir. Le PCF doit redoubler d'efforts pour soutenir les luttes qui se développent, obtenir des avancées concrètes en élargissant le mouvement, en faisant partager les propositions immédiates et de plus long terme qui permettent de sortir de l'impasse libérale.

Nous devons travailler rapidement à la déclinaison locale d'un plan d'urgence pour l'hôpital public et pour les EHPAD, notamment en termes d'emploi, de formation et de garantie statutaire.

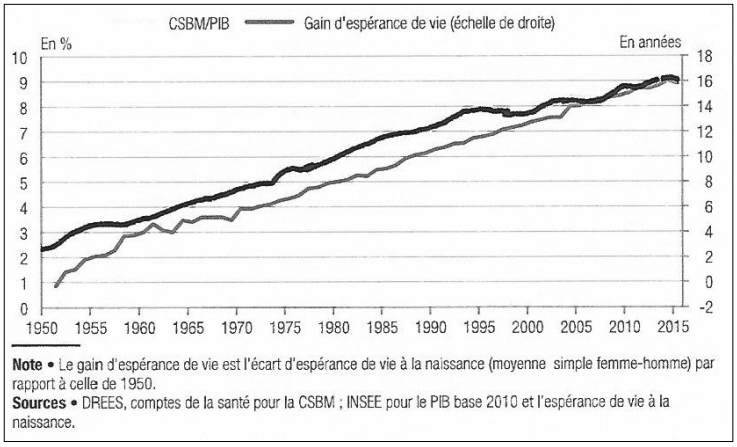
Combattre leur forfaiture idéologique

Malgré la cure d'austérité imposée et une technostructure qui vampirise une partie des ressources, le système tient bon, notamment par un engagement sans faille des professionnels de santé ! De ce point de vue, ne laissons pas croire que la crise du système serait due à un management délétère qui mènerait au *burnout*. Il suffirait donc de couper des têtes et de reconnaître le *burnout* comme maladie professionnelle pour que cela change. Il s'agit là d'une chimère, d'une fausse route qui mène à l'impasse. Ce qui mène au *burnout*, ce sont les conditions de travail délétères, le manque de personnel, les journées à rallonge, la charge de travail, les injonctions paradoxales, l'impossibilité de faire son travail. Si bien entendu il faut réparer les dégâts, par la reconnaissance du *burnout* comme maladie professionnelle, il faut surtout empêcher leur survenue, en conduisant une véritable politique de prévention des risques professionnels, en donnant plus de moyens aux CHSCT, c'est-à-dire l'inverse de ce que fait le gouvernement.

Ce ne sont donc pas les fondements de notre système de santé qui sont à bout de souffle, comme ils le prétendent, mais les fondements libéraux de la politique d'austérité qui est appliquée sans discontinuer depuis des décennies.

C'est la sécurité sociale, extraite des services marchands depuis 1945 qui a permis le développement

Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB et gain en espérance de vie



Note • Le gain d'espérance de vie est l'écart d'espérance de vie à la naissance (moyenne simple femme-homme) par rapport à celle de 1950.
Sources • DREES, comptes de la santé pour la CSBM ; INSEE pour le PIB base 2010 et l'espérance de vie à la naissance.

du service public de santé reconnu mondialement comme le plus performant pour les citoyens et le plus performant en termes de dépenses.

Comme le montre le graphique, l'accroissement de l'espérance de vie est tout à fait corrélé à l'accroissement des dépenses de santé (mesuré ici en % du PIB). On peut aussi constater que les effets des politiques d'austérité engagées depuis plusieurs années se font sentir, mais avec un décalage important dans le temps. Récemment, la courbe de l'espérance de vie a tendance à s'inverser. Dans ces conditions, une nouvelle expansion de ces dépenses est d'autant plus nécessaire que ses effets peuvent mettre un certain temps à se manifester, tandis que les effets négatifs des décisions passées se font de plus en plus sentir avec le temps et le vieillissement des personnes concernées.

Contrairement à ce que nous répètent en permanence les gouvernements qui se sont succédé, l'augmentation des dépenses de santé été en France la moins forte de tous les pays de l'OCDE depuis 1995. Certes, cette moindre augmentation pourrait être attribuée aux politiques d'austérité conduites depuis cette époque et appliquées aux seules dépenses socialisées.

Il n'en est rien. Partout c'est lorsque le secteur marchand est dominant (assurance maladie, dépenses de

Comparatif - Évolution des dépenses de santé

Pays	1995	2014	Augmentation
Allemagne	9,4	11,3	20,21 %
Danemark	8,1	10,8	33,33 %
États-Unis	13,1	17,1	30,53 %
France	10,1	11,5	13,86 %
Royaume Uni	6,7	9,1	35,82 %
Suède	8	11,9	48,75 %

Pays	Dépenses de santé en % du PIB	Dépenses de santé par habitant en dollar PPA (à parité de pouvoir d'achat)	Espérance de vie des femmes
OCDE	9,5 %		
France	11,8 %	3 980	84,5
Pays-Bas	12,0 %	4 915	82,7
Suisse	11,4 %	5 145	84,6
Allemagne	11,6 %	4 220	83,0
Royaume-Uni	9,8 %	3 490	82,5
États-Unis	17,4 %	7 960	80,6
Japon	8,5 %	2 870	86,4

médicaments, dépenses d'hospitalisations, etc.), que la hausse est importante, avec un point culminant aux États-Unis.

Et que dire de l'efficacité de ces dépenses au regard de l'espérance de vie.

Il faut le reconnaître et en tirer tous les enseignements. On ne dépense pas trop d'argent comme le disent Philippe et Buzyn. On n'en dépense pas assez !

Bien entendu, nous ne sommes pas naïfs. Nous savons bien que santé et protection sociale sont un enjeu de classe du 21e siècle. En effet, le capital ne se satisfera jamais de dépenses de santé qui ne lui rapportent pas ! Mais pour nous, pour les professionnels de santé, pour la majorité de nos concitoyens la santé et la protection sociale ne sont pas des marchandises ! Elles constituent une part destinées à la vie de l'être humain qui ne peut relever que de l'intérêt général.

Réorienter les ressources vers l'emploi et la formation, démocratiser le système

Lorsqu'une infirmière ou une aide-soignante, par manque d'effectif, ne peut pas répondre à une sonnette pour aider un patient, ça, c'est du gaspillage ! Lorsque le médecin est débordé et que la fille d'attente s'allonge, là est encore le gaspillage.

Lorsque le patient est atteint de maladie chronique, voire atteint de multiples affections, et qu'il doit multiplier les séjours d'une journée à l'hôpital, ou revenir aux urgences parce qu'il a été viré du service au nom de la réduction de la durée moyenne de séjour, voilà où est le gaspillage et l'inconfort pour le patient.! Là est la perte de qualité de service que dénoncent les professionnels. L'amélioration de la qualité ne passe pas par la tenue de tableaux Excel ou la profusion de procédures inapplicables. L'amélioration de cette qualité s'obtiendra par la conquête de nouveaux moyens et de nouveaux droits, à la fois pour les personnels concernés et pour les usagers.

Alors la solution ne consiste pas à supprimer l'infirmière au détour d'une nième restructuration. Elle ne consiste pas à supprimer le patient, en repoussant les structures des soins toujours plus loin des bassins de vie, en fermant les structures de proximité. Elle ne consiste pas plus à remplacer le médecin par un algorithme ou faire des hôpitaux sans patient. La solution est dans l'embauche et la formation !

Une part des dépenses de santé est gaspillée dans de nombreux domaines pour répondre aux injonctions de l'austérité :

– Mise en place et entretien de structures technocratiques aux sigles barbares. Depuis plusieurs décennies, le nombre de ces agences et structure technocratiques a littéralement explosé (ARS – HAS – ANAP- ATIH, ANSP, ANSES, SPF, etc.). Les conseillers et cabinets internationaux qui tournent autour des établissements publics tels des rapaces sont aussi légion. (PricewaterhouseCoopers, KPMG, etc.). Ces structures très opaques accaparent la production et l'exploitation des données sociaux-économiques, sociales et politiques. Elles combattent sans relâche toute forme de démocratisation de la prise de décision politique et des gestions.

– Restructurations incessantes de l'hôpital, des structures de la sécurité sociale : fermetures de lits, transferts de services, fermetures de services et/ou mutualisation, externalisations d'activité, créations de GCS et de GIE. La psychiatrie est au même régime.

– Baisse de qualité des produits et matériels utilisés par les équipes, moindre entretien des locaux et du matériel médical qui entraînent des dépenses supplémentaires, des gaspillages, des pertes de qualité, etc.

– Augmentation des dépenses médicales du fait de l'utilisation par certaines corporations de leur position dominante.

– Politique d'externalisation qui conduit à un renchérissement des prix pratiqués par les sociétés notamment de nettoyage.

– Marchandisation de l'aide à domicile qui entrave la fluidité des parcours de soins et du lien ville-hôpital.

Notre système de santé n'est pas malade de ses fondements démocratiques. Il est malade des politiques d'austérité et de la volonté de marchandiser l'ensemble de la filière. Il est malade de la frénésie bureaucratique de la toute-puissance technocratique. Il est malade de la domination de la loi du capital assoiffé de profit.

Il faut en finir avec les décisions prises par des structures aussi opaques que coûteuses, qui ne rendent de comptes à personne.

Il faut en finir avec « l'hôpital entreprise » inscrit dans l'ordonnance de 2005 avec le déploiement de la T2A, la nouvelle gouvernance et la création de l'EPRD. Il est urgent d'instaurer un nouveau lien entre investissement et fonctionnement (ce point fera l'objet d'une prochaine note).

Il faut en finir avec les groupes privés des industries pharmaceutiques et biomédicales qui pillent les ressources et phagocytent la recherche dans l'intérêt de plus en plus exclusif de leurs actionnaires. La proposition de création d'un pôle public du médicament et du biomédical est plus que jamais d'actualité.

La définition et la conduite des projets régionaux de santé doivent être placées dans les mains des citoyens,

de leurs représentants, des représentants de salariés et de ceux des patients.

Il faut redonner les moyens aux instances des établissements de prendre les décisions, de valider ou de rejeter les budgets, de contrôler les actes de gestion des managers.

Exit la tarification à l'acte pour une tarification à la capacité : une décision perverse

La ministre semble découvrir aujourd'hui les effets pervers de la T2A. Or, dès les prémisses à sa mise en place, en 1985, des économistes avaient alerté. Plus la T2A était déployée, plus ses effets se faisaient sentir. Mais les déficits générés par ce mode de tarification ont été utilisés pour imposer des suppressions de postes massives, engager la réduction des capacités hospitalières publiques, la privatisation d'activité via les « Groupements de Coopération Sanitaire », la concentration des structures hospitalières publiques au détriment de la proximité.

La promesse de modification de la T2A en une T2A au parcours de soins ne peut en aucun cas répondre aux attentes et aux besoins de financement. Le bonus envisagé pour encourager l'ambulatoire n'est qu'une nouvelle arme de destruction massive des capacités hospitalières publiques. De plus, ce bonus ira directement gonfler les profits des groupes hospitaliers privés qui pratiquent déjà l'ambulatoire pour des prises en charge standardisées et techniquement simples. Il va conduire à la privatisation/marchandisation de la prise en charge des suites chirurgicales ou médicales et peser sur les relations soins de ville-hôpital.

Le financement au parcours de soins est une version du panier de soins de Douste-Blazy. Il est en fait une attaque contre le remboursement à 100 % des Affections Longues Durées. Ces ALD sont dans la ligne de mire des gouvernements depuis plusieurs décennies.

Aujourd'hui, ce dont l'hôpital public a besoin, c'est d'un plan d'urgence : 4 milliards pour l'hôpital, 1 milliard pour les EHPAD

Mais urgence il y a. L'hôpital ne sortira pas de la crise dans laquelle il a été plongé par des demi-mesures, ou pire, par des recettes déjà utilisées. Il faut faire du neuf, et maintenant ! Une chose est certaine, plus nous tarderons à populariser et rassembler autour de propositions alternatives et réalistes, plus nous nous enfoncerons dans le marasme !

Stopper l'hémorragie de lits et ouvrir de nouvelles structures de proximité

Entre 2005 et 2012, ce sont 62 établissements de proximité publics et 32 000 lits d'hospitalisation qui ont été supprimés. Exigeons :

– Un moratoire immédiat sur toutes les restructurations.

– L'arrêt du déploiement des GHT.

– La réouverture des lits, sites ou services fermés ;

Création de nouvelles structures de proximité dont les centres de santé.

Il s'agit donc d'un plan d'investissement et de dépenses de fonctionnement très important, mais qui présente aussi l'intérêt de lancer une dynamique économique globale positive.

Développer l'emploi et la formation

Dans l'hôpital public, tandis que les besoins grandissent proportionnellement au vieillissement de la population, à la dégradation des conditions de travail dans tous les secteurs, à la paupérisation d'une partie de plus en plus grande de la population, le nombre de séjours à l'hôpital a été multiplié par deux en 10 ans, les effectifs n'ont pas progressé dans les mêmes proportions et ont été fortement précarisés dans les différentes catégories (IDE, AS, ASH, mais aussi médicales). Il manque aujourd'hui plus de 100 000 postes pour faire face aux besoins courants. Prendre en compte ces données, la modernité est là !

– L'embauche immédiate pour 2018 de 100 000 soignants.

– Le doublement du nombre des entrées en formation pour les médicaux et paramédicaux.

– La titularisation immédiate des milliers de précaires.

– Le déploiement d'un plan massif de formations qualifiantes (IDE/ASD) dans chaque établissement.

Garantir l'emploi public par un statut n'est pas un combat d'arrière-garde. C'est au contraire doter les services publics d'agents compétents, formés, correctement rémunérés. C'est à cette condition seulement que ces agents pourront être inventifs, engagés pour servir au mieux l'intérêt général. Aux contraintes de la précarité et de la flexibilité des hommes et des femmes, opposons la créativité, la souplesse et l'agilité professionnelles que permet la stabilité dans l'emploi. Ce doit être un moyen de favoriser les mobilités professionnelles ascendantes et de donner une forte attractivité à tous les métiers concernés. Engager un plan massif de formation, c'est moderne et le plus sûr moyen de garantir une qualité des soins optimum, de combattre le mal-être des soignants.

C'est 1 milliard d'euros supplémentaires par an pour financer les EHPAD

Si l'on considère qu'il y a actuellement autour de 590 000 places en EHPAD publiques, que le ratio minimum devrait être de 1 soignant pour 1 résident,



que ce ratio est actuellement de 0.6 pour 1, cela veut dire que l'on doit embaucher 236 000 soignants.

Dès 2018, il faut embaucher 25 000 salariés. Cela représente 900 millions nécessaires immédiatement. Cela va en outre demander d'accroître le nombre de formateurs et les dépenses de formation initiale et continue.

Vers un nouveau maillage territorial des structures de soins

Le « nouveau monde » de E. Macron, E. Philippe et A. Buzyn utilise les mêmes anciennes méthodes pour nous faire avaler les mêmes pilules de l'austérité et masquer l'échec des politiques d'austérité dans la satisfaction des besoins des populations.

Aujourd'hui, les actes non pertinents, qu'il faudrait éradiquer, au nombre de 20 % nous dit-on, ont remplacé la surconsommation de médicament, le nomadisme médical, etc.

Culpabiliser, montrer du doigt telle ou telle catégorie de citoyens a été le moyen utilisé pour dé-rembourser massivement les médicaments, imposer des franchises et masquer les cadeaux faits au patronat.

Aujourd'hui, il ne s'agit plus d'individus mais d'organisations. Ce serait le lien ville-hôpital-médicosocial qui serait en cause. Et ce concept flou, inattaquable en soi parce qu'il recouvre tout et rien, permet de passer sous silence l'engorgement des urgences, le manque de lits d'hospitalisation, les renoncements aux soins, etc. Il est censé résonner aux oreilles du médecin des urgences ou du cadre de soins confrontés à la gestion des difficultés bien réelles engendrées par la casse de l'hôpital public et ainsi calmer sa colère ou son inquiétude.

Si l'on veut véritablement s'attaquer au problème de renoncement aux soins, du manque de place en EHPAD et en gériatrie en général, aux files d'attente, il faut reconstituer un maillage territorial en s'appuyant sur la construction de centres de santé aux missions élargies, par bassin de vie, fondés sur le salariat des médecins et le non lucratif. Il convient à ce sujet de revenir sur l'ordonnance permettant aux centres de santé d'être gérés par des opérateurs privés à but lucratif. Ces centres de santé doivent être en lien avec un hôpital général (Médecine/chirurgie/Obstétrique) et ainsi devenir le pivot des parcours de soins.

Il est aussi plus qu'urgent de supprimer le *numerus clausus* dans le recrutement des étudiants en médecine.

Face à l'urgence et à la gravité de la situation, mobiliser des ressources nouvelles nécessaires est impératif

Pour financer ces besoins, permettre les investissements nécessaires, plusieurs actions sont possibles dès aujourd'hui en élevant le niveau d'exigences populaires.

Pour cela, nous devons rassembler dans les luttes, faire grandir les consciences. Le parti et ces élus doivent être mobilisés sur cet objectif central afin de contraindre les forces du renoncement à ouvrir le débat sur ces questions.

Ces actions de financement peuvent être articulées autour de 5 axes.

• Obtenir qu'une partie des euros créés chaque mois par la Banque centrale européenne[1] soient utilisés pour développer le service public hospitalier et de soins en France (et dans toute l'Europe). C'est possible en créant un Fonds européen pour les services publics, démocratique et non fédéral, que la BCE alimenterait avec un taux de 0 %, voire moins, au lieu que cet argent aille à la spéculation. Rien aujourd'hui ne s'y oppose dans les Traités existants, si ce n'est la volonté politique.

• Supprimer la CSG et augmenter la masse de cotisations perçue en instaurant une taxe spécifique sur les revenus financiers des entreprises et des banques (recette : plus de 30 milliards d'euros[2]), et en introduisant une modulation des cotisations sociales à la hausse, par un bonus/malus en fonction de l'effort de l'entreprise pour l'emploi et la formation (licenciements/embauches, notamment).

• Augmenter dès aujourd'hui la part patronale de la cotisation maladie de 0.5 % sur tous les salaires, sans exonération possible sauf pour les TPE. Ce sont 4.9 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour la sécurité sociale.

• Conquérir de nouveaux droits et pouvoirs pour les salariés, leurs représentants, la population, les patients et leurs élus. Il faut ainsi renforcer les pouvoirs du CTE, du CHSCT, redonner toute sa place et son autorité au Conseil d'Administration des Établissements.

• Donner à la sécurité sociale démocratisée, la mission de conduire la nouvelle politique de santé dans notre pays.

Ce plan d'urgence s'inscrirait alors dans l'engagement d'une nouvelle politique publique de santé prenant en compte tous les aspects de la santé, la prévention, la formation, le travail, la perte de d'autonomie, l'hôpital public, l'aide à domicile.

À l'écoute des personnels, des besoins émergents, des dysfonctionnements actuels, des déserts médicaux, des problématiques de la santé au travail, il y a lieu d'intégrer les questions de santé publique dans l'ensemble des Services Publics.

1. L'État paie actuellement plus de 40 Md€ par an de charges d'intérêts sur sa dette, et les taux d'intérêt remontent…

2. Sur la base des chiffres de 2016 : 34 Md€, par le biais d'une taxation à 12 % des 189 Md€ de dividendes et intérêts reçus par les entreprises et des 95 Md€ d'intérêts nets et des dividendes reçus par les banques et institutions financières. L'hypothèse de taxation à 12 % est à peu près le taux de cotisation assurance-maladie.