Assurance-Maladie et Hôpital : Contre-réformes libérales et droit à la santé en France

mardi 2 août 2011, par [LAUMONIER Jean-Claude](#) (Date de rédaction antérieure : 14 novembre 2011).

Contribution présentée à la Conférence des militants syndicaux, politiques, associatifs, professionnels de santé, qui s'est tenue à l'IIRE d'Amsterdam les 7 et 8 mai 2011.

Sommaire

- [1. Les objectifs de la contre-](#)
- [II. Les contre-réformes \(...\)](#)
- [III. Quelle politique alternat](#)

Le 18 septembre 2008, lors de son troisième discours sur les questions de santé depuis son élection, Nicolas Sarkozy déclarait : « *La santé est devenue l'une des toutes premières préoccupations des Français...Ma responsabilité et celle du Gouvernement, c'est de prendre en compte l'attente des Français et de tout faire pour essayer de leur donner satisfaction...* »

Au-delà de l'écran de fumée dont le président français a fait sa spécialité, la réalité est toute autre. Un mois plus tard, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre la misère, l'association humanitaire Médecins du Monde attirait l'attention sur la dégradation du système de santé français. Elle affirmait « *le droit fondamental à la santé pour tous, et en particulier pour les plus démunis, semble inexorablement bafoué. Notre responsabilité collective est de contribuer à ce que l'accès aux soins ne devienne pas un privilège* » [1]. Ce rapport conclut : « *seul un système déconnecté de la recherche du profit, mais régulé et basé sur le principe de solidarité nationale : malades et non malades, riches et pauvres, jeunes et âgés peut offrir à tous un accès égal à la santé... Nos concitoyens restent attachés à l'accès aux soins pour tous, dans la proximité et dans l'égalité. Gageons qu'il devrait en être de même pour nos élus et décideurs* ».

Les contre-réformes libérales de la protection sociale et du système de santé mises en place par Sarkozy, vont exactement à l'opposé de ces principes.

Elles ne constituent pourtant pas une « rupture » avec les politiques précédentes. Il y a au contraire une continuité dans toutes les politiques menées par les gouvernements « de droite » et « de gauche » depuis le début des années 1980, et la politique actuelle s'inscrit directement dans le prolongement des mesures prises depuis 2002. Mais si les projets en cours et en préparation devaient aboutir, un seuil décisif serait franchi dans la privatisation du système de santé.

L'enjeu est donc de réagir avant qu'il ne soit trop tard.

Il n'est pas surprenant que la contre-réforme libérale s'attaque en même temps à la sécurité sociale et à l'hôpital public. Les démarches sont parallèles : réduire d'un côté la place de la sécurité sociale (l'assurance-maladie obligatoire financée par des cotisations sociales, affectueusement appelée « la sécu »), au profit des assurances complémentaires (mutuelles et assurances privées) tout en privatisant « la sécu » de l'intérieur, de l'autre réduire la place centrale de l'hôpital public au profit du secteur privé tout en privatisant l'hôpital lui-même.

1. Les objectifs de la contre-réforme libérale

Modifier la répartition de la richesse produite

Dans son ouvrage récent, *Un pur capitalisme*, Michel Husson rappelle « la caractéristique principale du capitalisme mondialisé depuis le début des années 1980 » à savoir « *la baisse de la part salariale, autrement dit de la part du PIB (produit intérieur brut) qui revient aux salariés. Une telle tendance équivaut en termes marxistes, à une élévation du taux d'exploitation* » [2].

Cette « part salariale » a diminué d'environ 10 % depuis le début des années 1980 pour passer de 70 % à 60 %, tandis que les part des profits passait de 30 % à 40 % de la richesse produite Cette « part salariale » comprend les salaires directs, « nets », mais aussi la part indirecte et socialisée du salaire que sont les cotisations sociales. La diminution de la part socialisée du salaire, est l'un des aspects centraux de la « baisse du coût du travail » recherchée par les contre-réformes. Elle a en outre l'avantage pour le patronat et les gouvernements d'être moins directement perceptible par les salariés que la baisse du salaire direct.

Une étude très officielle de la DREES [3] sur le financement de la sécurité sociale publiée cet été établit nettement le glissement vers les « ménages » d'une part croissante du financement de la sécurité sociale. Cette part est passée de 31 % à 42 % essentiellement en raison de la création de la CSG [4], qui s'est élevée progressivement de 1,1 % à 7,5% du salaire brut.

Pour le « risque » maladie, cette proportion est encore plus importante puisque seulement 52 % des recettes sont des cotisations sociales et 45 % des impôts et taxes affectés. Les cotisations sociales versées par les employeurs en sont diminuées d'autant.

Cette ponction sur le revenu des « ménages » est encore plus importante si l'on y ajoute l'accroissement de la part des dépenses financées individuellement par chaque patient (franchises, déremboursement des médicaments, dépassements d'honoraires...) et l'augmentation des cotisations aux assurances complémentaires.

L'objectif des contre-réformes libérales n'est pas la diminution des dépenses de santé, mais la diminution des dépenses remboursées à tous par l'assurance-maladie en un mot, la réduction du salaire socialisé.

De la sécurité sociale à l'assurance individuelle

Mais à partir du moment où chacun finance sur ses ressources sa propre « consommation de santé », nos libéraux n'ont aucune objection à ce que le « marché de la santé » s'élargisse pourvu qu'il soit largement ouvert aux intérêts privés (assurances, chaînes de cliniques...).

J.-F. Mattei (5) le disait d'ailleurs très explicitement lors de son arrivée au ministère de la santé en 2002 : « *Il faut cesser de dire qu'il est nécessaire de "maîtriser", "contenir" et poser la question du niveau de ces dépenses dans le budget de la nation en faisant la part de l'assurance-maladie, celle*

des assureurs complémentaires, et celle laissée aux usagers ».

Propos largement repris par N. Sarkozy qui déclarait en septembre 2007 vouloir « *ouvrir un grand débat sur le financement de la santé : qu'est-ce qui doit relever de la solidarité nationale ? Qu'est-ce qui doit relever de la responsabilité individuelle à travers une couverture complémentaire ?* »

L'exemple des États Unis, « modèle » si l'on ose dire d'un système de santé libéral, vient confirmer que l'objectif des politiques libérales n'est pas de réduire les dépenses de santé : les USA sont le pays du monde qui dépense la part la plus importante de son PIB (14 %) pour la santé. Alors que la France n'en dépense que 10,9 %. Les USA sont en même temps le pays où 50 des 270 millions d'habitants ne disposent pas d'une couverture santé [5] !

Déficit » ou sous-dotation ?

Créée en 1945 comme l'une des branches de la sécurité sociale, l'assurance-maladie se fixait comme but de « permettre à tous d'accéder à tous les soins ». Assurance obligatoire, couvrant l'ensemble des salariés, contre le « risque » maladie, elle garantit à la fois le remboursement des soins et un revenu de remplacement (les « indemnités journalières »).

Un tel système n'a pu voir le jour que dans un rapport de forces bien particulier : celui de la Libération. Le patronat, discrédité par la collaboration, se trouvait alors sur la défensive, et le mouvement ouvrier en position d'arracher des concessions majeures. Mais le patronat ne s'est jamais résolu à l'existence de cet exceptionnel acquis social. Remis en cause dès les origines, il a été l'objet d'une offensive de plus en plus acharnée, avec la mise en place des politiques libérales (de droite comme de gauche) depuis la fin des années 1970.

Les contre-réformes libérales s'appuient sur un constat qui se veut « objectif » et « partagé » : le déficit abyssal et croissant de l'assurance-maladie. Ce célèbre « trou de la sécu », sert à justifier une politique de limitation des soins remboursés par l'assurance-maladie obligatoire. Il s'agit là d'une présentation purement idéologique.

Il n'y a pourtant pas de déficit de la sécurité sociale, mais une sous-dotation, liée à des décisions politiques prises dans l'intérêt de la classe dominante. Ainsi le déficit annoncé est de 7,5 milliards d'euros, alors que les exonérations de cotisations sociales accordées aux patrons sur les bas salaires atteignent 23 milliards d'euros [6]. L'assurance-maladie n'est pas malade de ses dépenses mais de son manque de recettes.

Le « déficit » n'a rien d'une réalité objective, il relève du choix politique des gouvernements qui décident de le créer en refusant de financer le système de santé à hauteur des besoins.

Notre argumentation se trouve fortement renforcée par le contexte politique de la crise actuelle du capitalisme. Dramatiser le prétendu déficit de la sécurité sociale de 7,5 milliards, alors que le gouvernement peut trouver des centaines de milliards d'euros pour voler au secours des banques, montre bien que nous sommes en face de décisions politiques ! 7,5 milliards d'euros c'est à peu près ce que les gouvernements français et belge ont trouvé en un week-end end à injecter pour le sauvetage de la banque Dexxia !

L'augmentation indéfinie des dépenses de santé, n'est pas pour autant inéluctable, notamment — nous le verrons plus loin — avec une politique de préservation de la santé. Comme pour la satisfaction de tout autre besoin social, (par exemple l'alimentation) sa part augmente puis diminue quand le besoin est globalement satisfait. Mais il n'y a aucune raison, en attendant, d'accepter l'idée d'une limitation des dépenses de santé financées collectivement par la sécurité sociale.

Nous dirions même que le choix d'une société d'accroître la part des richesses produites à préserver la santé de celles et ceux qui la composent est plutôt une preuve de civilisation. C'est un des enjeux du combat social.

La santé : réponse collective et solidaire, ou consommation individuelle ?

Financée par le salaire socialisé, la sécurité sociale vise, comme le dit son ordonnance fondatrice, à libérer le travailleur de l'incertitude et de la précarité qui sont l'une des caractéristiques de la condition du salarié.

Avec la sécurité sociale, le fait de devoir arrêter le travail pour cause d'accident de travail, de maladie, de maternité, ou en raison de son âge a cessé d'être un drame pour le salarié et sa famille, un revenu de remplacement (indemnités journalières, retraites) et le financement des soins sont garantis à chacun, hors de tout circuit financier, grâce au principe de solidarité. Les cotisations de ceux qui travaillent financent directement les prestations de celles et ceux qui se trouvent pour une raison ou une autre hors travail, et leur permettent de se soigner.

Dans le cas de l'assurance-maladie, branche de la sécurité sociale, chacun cotise selon ses moyens et est soigné selon ses besoins, ce qui évite toute forme de sélection en fonction des revenus et/ou de la gravité de la maladie. Ainsi, 14 % des assurés dépendant du « régime général » de la sécurité sociale, atteints d'affections de longue durée (ALD), concentrent environ 60 % des dépenses d'assurance-maladie.

A l'inverse, la contre-réforme libérale vise à faire de la santé une affaire de consommation et de comportements individuels, relevant de choix privés. Elle ne tient aucun compte du fait que les besoins de soins sont très différents d'une personne à une autre, d'un moment de la vie à un autre, et qu'on ne choisit pas d'avoir à se soigner. Chacun doit payer en fonction du « risque » qu'il représente.

Les patients atteints de pathologies longues et coûteuses sont dans ces conditions condamnés à la « double peine » : souffrir plus en raison de leur état de santé et payer plus étant de plus gros « consommateurs » de soins. Dans cette même logique, chacun étant « responsable » de son état de santé, les comportements « à risque » (tabac, alcool...) justifient une pénalisation voir un refus de soins. C'est le principe de l'assurance.

C'est d'ailleurs vers les assurances que la contre-réforme vise à transférer une part croissante de la « couverture santé », du moins celles qui est « rentable ». Les compagnies d'assurances et les banques (AXA, Crédit Agricole etc....) multiplient les offres de « complémentaires santé ». Ce secteur est aujourd'hui en pleine expansion. Son chiffre d'affaire a atteint 26 milliards d'euros en 2006. Si les vraies mutuelles [7] y jouent encore un rôle prépondérant (60 %), ce sont les assurances privées qui y enregistrent la plus forte progression avec un chiffre d'affaire en hausse de 72 % (6,3 milliard d'euros) depuis 2001.

Le développement des assurances complémentaires au détriment de l'assurance obligatoire a pour conséquence inévitable l'augmentation déjà très sensible des tarifs des premières, entièrement à la charge de l'assuré. Ce dernier est donc contraint de « choisir volontairement » son niveau de couverture... en fonction de ses revenus.

En 2006, 7 % des assurés sociaux n'avaient pas de complémentaire. Ce pourcentage monte à 14 % chez les « ménages » dont le revenu est inférieur à 800 euros par « unité de consommation », le plus souvent faute de ressources. Quant aux autres, ils seront amenés, face aux augmentations de tarifs des complémentaires, à adapter leur couverture maladie, à leurs moyens : la solidarité disparaît.

Le second objectif de la contre-réforme est la privatisation des systèmes de santé qui s'inscrit dans une politique internationale définie dans le cadre de l'AGCS [8]. Celui-ci prévoit de soumettre l'ensemble des activités de services aux lois du marché et de la « concurrence libre et non faussée ». Cette politique est relayée par l'Union Européenne. En France c'est la place centrale de l'Hôpital Public qui est remise en cause.

La partie la plus lucrative des activités de soins est largement accordée aux cliniques privées commerciales qui connaissent un important mouvement de concentration. Elles sont de plus en plus rachetées par de grands groupes financiers, tels la Générale de Santé, Vitalia (dont l'unique actionnaire est le fonds américain Blackstone), Korian ou Orpea, spécialisés dans le juteux marché de la « dépendance »... Pour ces groupes, la santé, c'est d'abord la santé financière de leurs actionnaires avant celles des patients.

II. Les contre-réformes en cours et en préparation

L'Assurance-maladie : la mise en place des franchises

Sarkozy poursuit et aggrave la contre-réforme du gouvernement Raffarin/Douste-Blazy de 2004. Celle-ci avait mis en place une « nouvelle gouvernance » élargissant la place des assurances complémentaires au détriment de la sécurité sociale. Elle avait instauré la première « franchise » non remboursable d'un euro sur les actes médicaux, le déremboursement de centaines de médicaments, le forfait de 18 euros pour les actes hospitaliers coûteux (au-dessus de 91,00 euro).

Sarkozy avait fait de l'instauration des « franchises » une des annonces de sa campagne de 2007. La loi de financement de la sécurité sociale 2008 a instauré de nouvelles « franchises » de 0,50 euro par boîte de médicament et acte paramédical et de 2,00 euros pour les transports sanitaire. Ces franchises seront pour l'instant plafonnées à 50 euros par an... Le dispositif étant sur les rails, il suffira au nom du « déficit » des les faire croître chaque année...

Le but de la franchise sur les soins est le même que celui de la franchise sur l'assurance-automobile : dissuader l'usager d'avoir recours à l'assurance en le contraignant à payer lui-même une partie des frais engagés avant tout remboursement.

La mise en place des franchises est complétée par le projet du secteur dit « optionnel » pour les médecins libéraux. Il permettra à tous les praticiens libéraux de dépasser les tarifs remboursés par l'assurance-maladie. Les conséquences sont les mêmes que les franchises : contraindre le malade (qui le peut) à payer directement une partie de ses soins.

Un objectif-clé : Les ALD (affections de longue durée)

Le second étage de la fusée libérale est l'attaque sur le remboursement par l'assurance- maladie des soins pour affections de longue durée (maladies longues et coûteuses en soins). La sécurité sociale les rembourse en effet à 100 %.

Juste avant l'été, le directeur de l'assurance-maladie F. Van Roeskeghem a lancé un « ballon d'essai » : il s'agissait dans un premier temps de faire payer par les complémentaires, certains médicaments accompagnant le traitement. Le but était de faire sauter le verrou du remboursement à 100 %. Le tollé fut tel que le gouvernement fit machine arrière, mais pour combien de temps ?

En attendant, le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2009 prévoit dès maintenant qu'un milliard de ces économies serait obtenu par une taxation des assurances complémentaires. Le

conte de fée de la Ministre, laissant croire que cela n'aura pas de conséquences pour les usagers, a été immédiatement démenti par les assureurs eux-mêmes qui répercuteront la hausse sur les cotisations.

Il faut de manière plus générale réfuter l'argument ressassé par la ministre Bachelot, selon lequel le transfert des remboursements vers les complémentaires serait neutre, puisque les assurés seront de toute façon remboursés.

Il s'agit là d'un triple mensonge :

— Tout d'abord parce qu'une partie de la population (voir plus haut) n'a pas d'assurance complémentaire.

— Le désengagement de l'assurance obligatoire vers les complémentaires aboutira également à des augmentations très importantes de cotisations, et donc, ce qui est déjà le cas, à une différenciation des tarifs des complémentaires, y compris des mutuelles. Ce sera donc un accroissement de l'inégalité. Il y aura ceux qui pourront s'offrir une bonne assurance complémentaire et seront bien couverts et ceux qui n'en auront pas les moyens.

— Enfin, le désengagement d'une assurance obligatoire unique vers des assurances complémentaires en concurrence les unes avec les autres porte en germe la sélection du risque et donc des malades. Les compagnies d'assurance dont le but est le profit n'auront intérêt à assurer un malade âgé, condamnées à disparaître dans un univers concurrentiel.

Dans cet univers concurrentiel les mutuelles, qui ont voulu jouer les apprentis sorciers en exigeant plus de place pour les complémentaires dans la « nouvelle gouvernance » de l'assurance-maladie, risquent fort d'être les dindons de la farce. Si elles veulent rester fidèles à leurs principes fondateurs de solidarité et de non sélection du risque, elles seront inévitablement perdantes face aux requins de l'assurance qui choisissent les pathologies et les patients « rentables », sinon elles devront elles-mêmes « perdre leur âme » en s'alignant sur les règles imposées par la concurrence. Mais elles ne seront plus alors que des assurances comme les autres.

D'autres « chantiers » sont en préparation...

Sarkozy a fait de la « dépendance » [9] un nouveau champ de la privatisation du système de santé, des décisions doivent être prises à ce sujet en 2009. Il prévoit en effet que ce nouveau « risque » doit être couvert non par la sécurité sociale, mais par les familles et par des « produits financiers innovants ».

Le président et son gouvernement souhaitent enfin modifier définitivement le mode de financement de la sécurité sociale en supprimant les cotisations sociales, « charges insupportables » pour les patrons et en les remplaçant par un impôt. Le recours à la TVA — impôt le plus injuste [10] — avait été envisagé par la création d'une TVA dite « sociale ». Suite aux déboires rencontrés lors des élections législatives [11] sur la question, le sujet est pour l'instant en sourdine mais resurgira.

1. Du plan « Hôpital 2007 » à la loi « Hôpital Patients Santé et Territoires ». Jusqu'à la dernière guerre mondiale l'hôpital était un lieu d'accueil et éventuellement de soins pour les « indigents ». C'est seulement avec la création de l'assurance-maladie obligatoire qu'il se transforme au cours des 60 dernières années en établissement où chacun (riche ou pauvre) peut accéder aux meilleurs soins.

Pour comprendre les réformes, il faut d'abord rappeler l'organisation du système hospitalier français où il existe déjà un secteur privé commercial (cliniques) mais où la place de l'hôpital public reste jusqu'à maintenant prépondérante. (voir tableau)

(voir l'encadre 1, ci-dessous)

2. Le plan dit « Hôpital 2007 » [12], s'ajoutant aux réformes pratiquées depuis des années par les gouvernements de droite et de gauche, a profondément restructuré l'hôpital, en réduisant ses moyens et en le mettant en concurrence avec le secteur privé commercial. Ces restructurations ont été favorisées par les Schémas Régionaux d'Organisations Sanitaires (SROS) et l'orientation des investissements vers les gros établissements publics et les cliniques privées qui se regroupent sous l'impulsion de groupes financiers.

La mise en concurrence entre public et privé au profit de celui-ci a été accélérée par un nouveau mode de financement commun aux hôpitaux et aux cliniques : la Tarification à l'Activité (dite T2A). Avec la T2A, l'hôpital doit devenir, comme les cliniques, un établissement « producteur de soins ». Il cesse de recevoir un budget lui permettant d'assurer son fonctionnement. Ses ressources financières dépendent de sa « production ». Il doit donc à la fois produire beaucoup d'actes, et assurer la rentabilité de chacun de ces actes. Il s'agit en fait de l'extension à l'hôpital de la « médecine à l'acte » dont nous demandons l'abrogation pour la médecine libérale.

Pour assurer ses revenus un médecin de ville doit à la fois faire suffisamment de consultations et chacune de ces consultations doit être « rentable », c'est-à-dire ne pas durer trop longtemps. Il n'aura donc pas intérêt à faire des activités de prévention (qui ne rapportent rien et prennent du temps). Il ne devra pas multiplier les consultations auprès de patients qui du fait de leur état de santé (personnes âgées), de leur situation sociale etc., nécessitent plus de temps, et lui seront payées au même tarif par l'assurance-maladie. Il vaut mieux que ces patients aillent chez le confrère voisin.

Bien sur il s'agit là d'incitations financières, et l'on peut y résister. Mais le praticien qui n'en tiendrait aucun compte risque de voir ses revenus fortement diminués. Les risques de tels mécanismes est donc à la fois la sélection des malades et celle des pathologies traitées.

Il en va désormais de même à l'hôpital qui doit accroître sa productivité en multipliant les actes, et en rationalisant ceux-ci pour qu'ils soient « rentables ». Baisse de la qualité des soins, sélection des malades et des pathologies traitées sont les conséquences inévitables de cette nouvelle tarification.

Et dans cette logique, les hôpitaux publics qui ne peuvent opérer cette sélection [13] et sont contraints d'assurer les missions de service public sont inévitablement perdants.

3. La « nouvelle gouvernance » ou quand le management industriel et commercial arrive à l'Hôpital. Mis en concurrence avec le secteur privé pour préserver ses « parts de marché », sommé de dégager des marges pour assurer ses investissements, l'hôpital doit donc adopter le mode de gestion de l'entreprise privée et se soumettre à ses règles de « management ».

Il doit réaliser les objectifs financiers auxquels le directeur s'est engagé dans le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens. Ces objectifs sont ensuite répartis entre « pôles » conçus sur le modèle des « Centres de profit » du privé. A la tête de chacun des pôles, un médecin manager, le chef de pôle, est chargé à son tour de respecter les objectifs. Il est « intéressé » financièrement aux résultats financiers de celui-ci !

Les médecins se plaignaient d'avoir perdu le pouvoir à l'Hôpital et d'être soumis à celui du directeur. La « nouvelle gouvernance » leur propose un marché de dupes : certains d'entre eux participeront davantage aux décisions, mais à la condition de se transformer eux-mêmes en « managers », les yeux rivés sur leurs « tableaux de bord ». Quant aux autres, ils deviennent des « OS de la médecine », soumis aux décisions des managers, tout comme le reste des personnels

hospitaliers. Quant aux personnels, ils voient la place des instances où ils sont représentés encore réduite.

4. La loi « Hôpital Patients Santé et Territoires » (HPST). Cette loi qui sera débattue au début de l'année 2009 marque une nouvelle étape, décisive, dans la privatisation du service public hospitalier.

Cette loi s'inspire du principe posé par Sarkozy : « *l'hôpital ne peut pas tout faire* » ! Pour lui, si l'hôpital est en crise, ce n'est pas parce qu'il manque de moyens, mais parce qu'il veut remplir de trop nombreuses missions. Il ne s'agit donc pas de donner au service public les moyens de fonctionner, mais de réduire ses missions en transférant vers des acteurs privés (médecine de ville, cliniques privées, secteur médico-social) une partie des activités hospitalières :

— la création des « Agences Régionales de Santé », qui géreront désormais l'ensemble des crédits affectés à la santé permettra un contrôle encore plus strict des dépenses remboursées par l'assurance-maladie et surtout le transfert des moyens de l'Hôpital Public vers la médecine libérale et le secteur médico-social ;

— la permanence des soins de proximité sera confiée à des « maisons médicales » regroupant des praticiens libéraux, financées par la disparition des établissements hospitaliers de proximité. 250 d'entre eux sont directement menacés ;

— afin d'accélérer les fermetures de services et les restructurations, les hôpitaux publics seront regroupés au sein de « communautés hospitalières de territoires » avec à leur tête un véritable patron, qui pourra désormais être un manager issu d'une grande entreprise du privé ;

— des suppressions massives d'emplois sont à prévoir, alors que les hôpitaux manquent cruellement de personnel. Dans cette perspective les garanties contenues dans les statuts des personnels sont directement menacées ;

— enfin la création de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) permettra de regrouper au sein d'une même structure de droit privé hôpitaux publics, cliniques commerciales et praticiens libéraux.

Ce sont les malades qui seront les principales victimes de ces restructurations dont les premières conséquences seront des déplacements beaucoup plus longs pour accéder aux soins, des services encore plus saturés, une baisse de la qualité des soins hospitaliers, dont chacun pourra bénéficier. L'inégalité face à l'accès aux soins en sera inévitablement renforcée.

III. Quelle politique alternative ? Pour le droit à la santé

Pour s'opposer aux contre-réformes, il ne suffit pas de « résister » même si c'est nécessaire, il faut inscrire cette résistance dans la perspective d'une alternative anticapitaliste sur les questions de santé et de protection sociale.

Notre perspective est celle d'un droit à la santé qui comporte deux volets :

— Le premier consiste à permettre à chacun(e) de vivre dans le meilleur état de santé physique et psychique possible, en favorisant toutes les conditions, c'est ce que l'on pourrait appeler la partie préventive du droit à la santé.

La recherche du profit et de la productivité maxima, n'est pas seulement destructrice pour l'environnement. Elle est au premier chef destructrice pour les êtres humains, à commencer par ceux qui produisent les richesses. Nous n'avons pas l'illusion que, même dans une société

débarrassée de l'exploitation et de l'oppression, il serait possible de prévenir pour tous toute maladie, infirmité ou problème de santé. ! Mais dire cela ne doit pas exonérer la société capitaliste de ses responsabilités.

— Le second volet du « droit à la santé » est la possibilité de se soigner, chaque fois que cela est nécessaire, sans discrimination de situation sociale, d'âge ou de lieu d'habitation.

Considérer ces deux aspects, préventif et curatif, comme indissociables est l'originalité de notre position.

C'est un point de divergence important avec un courant politique comme les Verts. Nous pouvons partager avec eux une conception préventive de la politique de santé [14], mais en aucun cas accepter que cette politique préventive justifie une politique libérale de « maîtrise des dépenses de santé », dont ils se font les défenseurs.

Nos propositions s'organisent autour de six grands chapitres : Prévenir la maladie, créer les conditions pour que chacun(e) puisse vivre en bonne santé ; Assurer à tous la gratuité des soins ; Une sécurité sociale autogérée ; Défendre l'Hôpital Public et l'élargir à un véritable service public de santé ; Transformer l'exercice de la médecine libérale, notamment par la suppression du paiement « à l'acte » ; Instaurer une politique publique du médicament.

1. Prévenir : agir sur les causes sociales et environnementales de la santé

La dimension préventive du droit à la santé devra être l'objet d'attention dans tous les domaines : santé au travail, avec non seulement le renforcement de la médecine du travail mais un droit de veto des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) sur toute condition de travail néfaste pour la santé.

Les politiques concernant l'environnement, l'agriculture, l'aménagement du territoire etc. devront intégrer la dimension « santé ».

2. Assurer à tous la gratuité des soins

— L'égalité dans l'accès aux soins passe par la gratuité des soins pour tous, qui doivent être intégralement remboursés à 100 % par une seule assurance-maladie obligatoire. Elle est un des éléments d'une sécurité sociale solidaire, financée par les cotisations sociales versées par les employeurs.

— Afin d'éviter l'avance de fonds, souvent dissuasive, le « tiers payant » doit être systématique (pas d'avance de fonds pour les soins ou les médicaments).

— Abrogation de toute forme de « franchise » et de « ticket modérateur ».

— Interdiction de toute forme de dépassement d'honoraires hors tarifs remboursés par la sécurité sociale.

— Les mutuelles qui ne rembourseraient plus les soins conserveraient leur place dans un rôle de prévention.

— Personne ne pouvant faire des profits sur la santé, les assurances privées seraient évincées du secteur.

3. Une sécurité sociale autogérée

— Nous proposons un retour aux principes fondateurs de la sécurité sociale. Les cotisations sociales sont une partie du salaire « mis en commun », c'est-à-dire socialisé. Cette partie du salaire doit être gérée par les représentants élus des assurés sociaux et eux seuls, sans intervention des patrons ni de l'État.

— Élections par les assurés sociaux de leurs représentants aux caisses.

— Consultation des assurés sociaux sur toutes les décisions importantes concernant la santé, après débat public contradictoire éclairé par le point de vue d'experts (professionnels de santé, économistes, associations de malades, etc.)

— Abrogation du vote par le parlement de la loi fixant les dépenses d'assurance-maladie (Plan Juppé).

4. Défendre l'Hôpital Public et l'élargir à un véritable service public de santé

Nous proposons tout d'abord de défendre l'hôpital public

— Suspension de toute fermeture de lits, de service ou d'établissement, le maintien l'installation d'une structure de soins doit être l'affaire de la population elle-même.

— Abrogation de la réforme dite « Hôpital 2007 » et retrait du projet de loi « patients, santé et territoires ».

— Suppression des lits privés à l'hôpital public.

— Attribution des budgets nécessaires aux établissements : (8 % de rattrapage immédiat).

— Plan « emploi-formation » en vue de la création de 100 000 emplois dans le secteur public hospitalier.

— Suppression du numerus clausus sur les études médicales : formation du nombre de médecins nécessaires à une politique de santé préventive et curative.

— Expropriation des établissements privés à but lucratif et transformation de ces établissements en établissements hospitaliers publics.

— Intégration de l'ensemble de leurs salariés dans la fonction publique hospitalière.

Mais pour nous, le service public de santé ne peut se limiter à l'Hôpital. C'est pourquoi nous proposons la création d'un service public de santé comprenant à la fois l'Hôpital Public et des centres publics de santé entièrement gratuits, implantés dans les villes et les quartiers, en commençant par les régions les plus déficitaires. Ces Centres de Santé et l'Hôpital Public formeraient un tout, fonctionnant de manière cohérente.

Les centres publics de santé rempliraient des missions de prévention, de soins, d'orientation si nécessaire vers l'hôpital. Les soins y seraient totalement gratuits. Le travail s'y effectuerait en équipes pluridisciplinaires comportant médecins généralistes et spécialistes, professionnels paramédicaux, assistantes sociales... Travaillant quotidiennement en réseau avec les intervenants sanitaires (généralistes et professionnels libéraux, travailleurs sociaux, élus, ...), ces équipes pourraient aborder les problèmes de santé dans leur contexte et leur dimension sociale. Ces centres assureraient la « permanence des soins » sur le terrain 24h sur 24.

L'existence de ces centres permettrait de répondre de manière précoce — et proche — aux besoins de santé de la population, ils permettraient d'orienter si nécessaire les patients vers l'hôpital en évitant la saturation des urgences. Ils ne se substituent pas pour autant aux établissements hospitaliers de proximité qui doivent garder leurs urgences, leur maternité, leurs services de chirurgie et de médecine.

5. Transformer l'exercice de la médecine libérale

Nous proposons une remise en cause de l'exercice libéral actuel de la médecine et des professionnels de santé libéraux.

- La rémunération « à l'acte » des professionnels libéraux doit être abandonnée.
- Un nouveau mode de rémunération favorisant la dimension préventive du soin, permettant au soignant de passer le temps nécessaire avec chaque patient, et ne favorisant pas la multiplication des actes sera mis en place.
- La nécessaire formation continue sera assurée de manière indépendante des laboratoires.
- Afin de favoriser l'installation de médecins généralistes dans les zones aujourd'hui déficitaires, ainsi que pour démocratiser les études médicales, il sera proposé aux étudiants en médecine qui le souhaitent de percevoir un salaire pendant toute la durée de leurs études, moyennant un « engagement à servir » dans un secteur où la présence médicale sera prioritaire.

6. Instaurer une politique publique du médicament

Notre refus de la marchandisation de la santé passe par notre exigence d'expropriation de l'industrie pharmaceutique, dont les profits fabuleux sont alimentés par les cotisations sociales. La recherche médicale doit être placée sous contrôle public.

Le médicament n'est pas une marchandise : soit il a une efficacité et des qualités thérapeutiques reconnues et il est intégralement remboursé par l'assurance-maladie, soit il est inutile, et le cas échéant dangereux, et il ne doit pas être produit ni vendu.

Nécessité et difficultés de la mobilisation

La gravité des attaques en cours et de celles qui se préparent nécessite une riposte à la hauteur. Il faudrait à la fois une mobilisation des personnels de tout le secteur hospitalier (public et privé) et une mobilisation interprofessionnelle et citoyenne (syndicats, associations de patients, population des villes concernées...) contre les attaques sur la sécurité sociale et la loi « Patients, Santé et Territoires ».

On en est très loin et l'inertie des directions des grandes confédérations syndicales et de leurs fédérations de la santé est dramatique.

Il ne faut toutefois pas considérer cette situation comme définitive. Malgré les difficultés, des initiatives de coordination, minoritaires, mais significatives ont commencé à être prises. Un cadre unitaire s'est mis en place. Les organisations suivantes y participent : Collectif national contre les franchises et pour l'accès aux soins, Fédération nationale de soutien aux hôpitaux et maternités de proximité, Convergence services publics, Solidaires, SUD Santé, Union syndicale de la psychiatrie, UFAL, Médecins du Monde, collectif Santé solidaires, collectif « la Santé n'est pas une marchandise », ATTAC, PS, MJS, PCF, LCR/NPA.

Au cours de l'automne des dizaines de réunions publiques et d'initiatives ont été prises contre les fermetures de services hospitaliers. Reste maintenant à les fédérer pour créer un rapport de forces et une dynamique de mobilisation nationale qui obligeront les confédérations syndicales à bouger.

(Voir encadré 2 ci-dessous)

La nécessité d'une coordination européenne

L'actualité d'une mobilisation contre les attaques sur la santé et la protection sociale n'est pas seulement française. Elle doit aussi être envisagée au niveau européen.

Si les systèmes de protection sociale et de santé sont divers en Europe, les politiques néolibérales vont toutes dans la même direction : celle du démantèlement des protections collectives et de la privatisation du système de soins. La santé devient un bien de consommation marchand entre les mains des assurances privées, des chaînes de cliniques commerciales et des laboratoires pharmaceutiques.

La campagne des élections européennes devrait être l'occasion de définir un certain nombre de principes et de revendications communes, visant au-delà des différences nationales à sortir la santé du domaine marchand et à permettre à tous l'accès à des soins de qualité gratuits et proches. ■

Jean-Claude Laumonier

Le 14 novembre 2008

ENCADRÉ 1 : QUELQUES DONNÉES CONCERNANT L'HÔPITAL EN FRANCE (DONNÉES 2003)

L'Hospitalisation représente environ 45 % des dépenses d'assurance-maladie. Le système hospitalier français se répartit en 3 types d'établissements :

1. Les hôpitaux publics : personnel de statut public, même si la précarité s'y développe. En 2003 : 303 420 lits (soit 66 %).
2. Les établissements privés à but non lucratif dits « PSPH » (participant au service public hospitalier) : ces établissements ne font pas de profits versés à des actionnaires, mais leurs salariés relèvent du droit privé. C'est notamment le statut des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC). En 2003 : 64 917 lits (soit 14 %).
3. Les établissements privés à but lucratif : ce sont les cliniques privées à but commercial. Une forte concentration a lieu dans ce secteur : en 2003 : 93 812 lits (soit 20 %)

ENCADRÉ 2 : DÉFENSE DE L'HÔPITAL DE CARHAIX : UN EXEMPLE À GÉNÉRALISER

De mars à juin une lutte exemplaire a été menée dans la ville de Carhaix (Bretagne) pour la défense de l'Hôpital. C'est toute la population, avec ses élus municipaux et le personnel de l'Hôpital, qui s'est insurgée contre la décision de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de supprimer les services actifs de cet hôpital : urgences, chirurgie, maternité.

Et cette détermination a payé, puisque la décision a été annulée.

Les militants de la LCR et du NPA ont été particulièrement actifs dans cette mobilisation, ils racontent leur expérience dans une brochure qui vient d'être publiée : « Carhaix : la lutte a payé », disponible à la librairie La Brèche [15].

P.-S.

* Paru dans Inprecor n° 573-574, mai-juin 2011.

* Jean-Claude Laumonier est membre du secrétariat Santé-Social-Protection Sociale de la Ligue communiste révolutionnaire (LCR, section française de la IV^e Internationale)

Notes

[1] Médecins du Monde, dossier de presse du 17 octobre, disponible sur le site Internet de l'association.

[2] Michel Husson, Un pur capitalisme, Éditions Page 2, Lausanne 2008.

[3] Ministère de la santé.

[4] Impôt créé par le gouvernement socialiste de Michel Rocard, affecté au financement de la sécurité sociale. Il est essentiellement payé par les salariés.

[5] Ministre de la santé du gouvernement Chirac/Villepin en 2002-2003

6. La couverture santé a été l'un des points clés de la récente campagne présidentielle américaine.

[6] Voir à ce sujet Le mythe du « trou de la sécu » de Julien Duval, Collection « raisons d'agir ».

[7] A but non lucratif et ne pratiquant pas la sélection du risque.

[8] Accord Général pour le Commerce des Services.

[9] Le « quatrième âge », il s'agit des personnes très âgées, nécessitant un accompagnement lourd pour les actes de la vie quotidiennes.

[10] Puisqu'il est payé avant tout par les plus pauvres.

[11] Une annonce prématurée, faite juste avant le vote par le ministre Borloo, aurait coûté à la majorité actuelle 50 députés lors du second tour des élections législatives de 2007.

[12] Réalisé sous le quinquennat de Jacques Chirac entre 2002 et 2007.

[13] Même si leur mode de gestion les y pousse de plus en plus.

[14] Encore faut-il s'en donner les moyens en rompant réellement avec la logique du profit.

[15] Librairie La Brèche, 27 rue Taine, 75012 Paris (métro Daumesnil), France. Il est possible d'y commander les publications par Internet : <http://www.la-breche.com>