

Assurance Maladie et Hôpital

Contre réformes libérales et droit à la santé.

Exposé à l'Université d'été de la LCR. Port Leucate 23 Aout 2008

J.C. Laumonier

j.c.laumonier@free.fr

Secrétariat Santé Social Protection Sociale de la LCR

introduction

Dans son édition du 22 Aout, le « Monde » consacre un article, aux « six ministres au premier rang de la rentrée du gouvernement ». La ministre de la santé y figure en bonne place. Sous sa photo, on peut lire: « Roselyne Bachelot : le sale boulot ».

Une appréciation qui dit clairement ce qui se prépare pour l'assurance maladie et l'hôpital et confirme l'urgence de la mobilisation.

Cette « rentrée » va être marquée à la fois par les conséquences des mesures déjà prises et par le vote au parlement de deux nouveaux textes de lois :

- le PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale) 2009
- et de la loi dite « Patients, Santé et Territoires » inspirée notamment du « rapport Larcher »

L'adoption de ces deux textes marquerait une nouvelle étape, décisive, dans le démantèlement et la privatisation de l'assurance maladie et de l'hôpital public.

Le but de cet exposé et de cet atelier est d'aider les militants de la LCR et du NPA à préparer cette rentrée, en donnant une vue d'ensemble des contre-réformes libérales touchant le système de santé, en traçant les grandes lignes des propositions que nous pouvons leur opposer. Nous envisagerons enfin les possibilités de construire une mobilisation pour mettre en échec les mesures gouvernementales dans ce domaine, en lien bien sur avec un combat d'ensemble contre la politique globale du pouvoir actuel.

Il faut d'emblée insister sur le fait que les questions de santé, ne sont pas des questions « sectorielles » qui concerneraient avant tout les professionnels de santé, a coté des « grands » problèmes politiques que seraient le pouvoir d'achat, l'emploi, les services publics.... :

-Le fait de pouvoir accéder facilement, pour tous à des soins de qualité, fait partie des besoins fondamentaux, ressentis comme une « urgence sociale » par une grande majorité de la population.

-Le transfert, vers les le budget des « ménages », des dépenses de santé, jusqu'à présent couvertes par l'assurance maladie a des conséquences directes sur la baisse du pouvoir d'achat. Lutter pour le financement de la sécurité sociale par des cotisations payées par les employeurs, contre les « franchises » et l'extension de la part des complémentaires (mutuelles ou assurances) est un aspect essentiel de la lutte pour la défense du pouvoir d'achat.

-La disparition des hôpitaux de proximité va de paire avec celle des bureaux de postes et des gares, les fermetures de classes, elle s'inscrit dans une politique globale de destruction et de privatisation des services publics, source d'égalité entre tous.

Objet et plan de l'exposé.

Dans le temps qui nous est donné et compte tenu de l'actualité, cette exposé n'abordera pas tous les aspects du « droit à la santé » qui est pour nous le fondement d'une politique de santé. Il n'abordera que la dimension de l'accès aux soins. Mais il faut souligner en introduction que, la possibilité pour tous d'accéder aux meilleurs soins n'est qu'un des aspects de ce droit à la santé.

Ce droit comporte en effet 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 d'un bon état de santé, c'est ce que l'on pourrait appeler la partie préventive du droit à la santé.

Le second que l'on peut appeler curatif consiste à permettre à chacun(e) s'il rencontre un problème de santé, d'accéder aux meilleurs soins,

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.

La recherche du profit et de la productivité maximum, n'est pas seulement destructrice pour l'environnement. Elle en premier chef destructrice pour les êtres humains, à commencer par ceux qui produisent les richesses.

Je viens d'une région industrielle où le taux de cancers professionnels est 3 fois plus élevé que la moyenne nationale. Les causes en sont connues : l'exposition des salariés à l'amiante, aux produits chimiques toxiques... et les coupables aussi : les industries qui au nom du profit ont exposé et exposent toujours la santé de leurs salariés.

Les récents suicides de salariés ont attiré l'attention sur les conséquences pour la santé psychique des méthodes de management de plus en plus contraignantes et insupportables mise en place dans les entreprises (gestion par le stress....)

De même l'accroissement rapide du nombre de cas de diabète en particulier chez les jeunes a des causes connues : une alimentation déséquilibrée dont la « malbouffe » et... les industries agro alimentaires qui la produisent sont largement responsables.

Agir sur les causes c'est agir sur tout ce qui dans une société au service du profit et non de la satisfaction des besoins humains est nuisible à la santé de ceux qui la composent.

Quel est le sens d'un « plan cancer » qui vise à améliorer la prise en charge de la maladie sans agir sur l'accroissement rapide du nombre des cancers ?

Ces questions seront débattues dans d'autres ateliers sur les conditions de travail et la santé au travail, l'environnement, le logement, l'agriculture...

Le second volet du « droit à la santé » concerne l'accès aux soins, chaque fois que cela est nécessaire, sans discrimination de situation sociale, d'âge ou de lieu d'habitation. Cela nécessite à la fois la gratuité des soins, grâce à une sécurité sociale remboursant à 100% les

dépenses liées à la maladie, et à un service public de santé, assurant à tous, proximité et qualité des soins.

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 santé¹, 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.

La seconde limite voulue de cet exposé concerne la protection sociale : il ne sera question que de l'assurance maladie qui finance la santé, alors que la sécurité sociale forme un tout.

Plan de l'exposé

Les 3 points suivants seront successivement abordés

- 1) Un rappel des objectifs poursuivis par les contre-réformes libérales
- 2) Une analyse plus précise des contre-réformes en cours et en préparation : assurance maladie et hôpital en insistant particulièrement sur le volet hôpital plus méconnu.
- 3) Une esquisse de propositions qui devront être enrichies et travaillées dans le NPA, ainsi que nos axes de lutte en cette rentrée sur les questions de santé.

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 80 » 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 ».

Cette « part salariale » a diminué d'environ 10% depuis le début des années 80. 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, et/ou des systèmes de protection sociale constitue est l'un des aspects centraux de la « baisse du coût du travail » recherché par les contre-réformes, dans tous les pays.

Elle a en outre l'avantage pour le patronat et les gouvernements d'être moins directement visible par les salariés que la baisse du salaire direct.

Une étude très officielle de la DREES² 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 (gouvernement Rocard) qui est passée progressivement de 1,1 à 7,5%.

¹ Encore faut-il s'en donner les moyens en rompant réellement avec la logique du profit.

² Ministère de la santé

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.

La partie versée par les employeurs s'en est trouvée diminuée d'autant.

Ce transfert est encore plus important 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.

Rappeler cet objectif des contre-réformes, c'est dire que malgré le tapage sur le « trou de la sécu », **le but de celles-ci 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 et donc de la « part salariale »**

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...).

JF Mattei 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 Etats 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 300 millions d'habitants ne disposent pas d'une couverture santé !

Il faut rappeler une nouvelle fois que le célèbre « trou de la sécu », dont la dramatisation sert régulièrement à s'attaquer au système de santé, n'a rien d'une fatalité économique. Il relève du choix politique des gouvernements qui décident de créer ce déficit en refusant de financer le système de santé à hauteur des besoins.

Il n'y a pas de déficit de la sécurité sociale, mais un manque de recettes, une sous-dotation, liée à des décisions politiques prises dans l'intérêt de la classe dominante, par exemple l'exonération de 23 milliards de cotisations sociales pour les patrons³.

Pas plus que la notion de déficit, nous ne devons accepter « l'évidence » de la « limitation » des dépenses de santé.

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 compose est plutôt une preuve de civilisation. Et

³ Voir à ce sujet « Le mythe du « trou de la sécu » de Julien Duval collection « raisons d'agir »

dans tous les cas la décision doit en revenir à ceux qui composent cette société. C'est un choix politique.

Cela ne veut pas dire que la part des dépenses de santé doit nécessairement augmenter indéfiniment, si on ne les « restreint » pas autoritairement. Comme pour tout autre besoin, quand il est relativement satisfait, sa part tend à diminuer (Cf l'alimentation). S'il est vrai que le coût de certains traitements, le vieillissement de la population sont des facteurs d'accroissement des dépenses, on doit également considérer qu'une politique préventive (voir l'introduction) permettrait une diminution des dépenses de soins.

Privatisation des systèmes de santé

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 (accord général sur le commerce des services). 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.

La contre-réforme vise à la privatisation de la santé sous trois angles complémentaires

1) Faire de la santé une affaire de consommation individuelle et de comportements individuels, relevant de choix personnels privés.

Dans la logique libérale, la santé, doit relever de choix personnels, privés. Cette logique s'oppose frontalement à tout système solidaire obligatoire

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 une autre, et qu'on ne choisit pas d'avoir à se soigner.

50% des assurés sociaux dépenses 80% des dépenses d'assurance maladie et 5% d'entre eux, 50% de ces dépenses. Ce sont en particulier ceux qui, sont affectés par des maladies longues et coûteuses, nécessitant des soins lourds et s'inscrivant dans la durée.

Pour la contre-réforme libérale, 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. Les franchises sont la parfaite illustration de cette pénalisation, tout comme la mise en « vente libre » de médicaments que le malade devra s'acheter comme n'importe quel produit de supermarché.

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.

2) Transférer à des organismes privés (assurances et mutuelles) en concurrence les uns avec les autres la partie « rentable » du financement des soins

C'est d'ailleurs aux assurances que la contre réforme vise à transférer le financement des dépenses d'assurance maladie, du moins celles qui sont « rentables ».

Les assureurs sont déjà dans les starting blocks pour occuper la place dont ils ont été « spoliés » en 1945 par la création de la sécurité sociale.

Ce secteur est aujourd'hui en pleine expansion. Son chiffre d'affaire a atteint 26 milliards d'€ en 2006. Si les mutuelles 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'€) depuis 2001.

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

10 % des assurés sociaux (en particulier ceux qui se trouvent juste au dessus de la CMU) n'ont pas de complémentaires, le plus souvent faute de ressources.⁴

Quant aux autres, ils seront amenés, avec la réduction des remboursements par l'assurance maladie à adapter leur couverture maladie, à leurs moyens : la solidarité disparaît.

Comme pour la voiture, les contrats les plus bas laisseront une large place aux franchises non remboursées, et les plus fortunés pourront couvrir tous leurs besoins même s'ils sont d'une utilité contestable. Chacun se rappelle du «ballon d'essai» lancé en 2006 par les AGF proposant aux plus fortunés un contrat santé «en or» de 12 000€par an !

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 leur 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.

3) Transférer à des organismes privés la réalisation des actes de soins la plus lucrative au détriment du service public.

Enfin, l'ouverture aux marchés et à la concurrence dans le cadre de l'AGCS les systèmes publics de santé sont démantelés, et réduits au minimum, et la partie «rentable» de ceux-ci privatisée.

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, 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 qui compte.

Mais la privatisation du système de santé passe aussi par le transfert d'activités de service public soit vers la médecine libérale (maisons de santé remplaçant les établissements de proximité) soit vers le secteur médico-social, dominé par le secteur associatif.

⁴⁴ C'est le cas des bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé. L'AAH se situe en effet 15€ au dessus du plafond permettant l'accès à la CMU.

2 les contre réformes en cours et en préparation

Les contre-réformes qui se mettent en place depuis l'arrivée au pouvoir de N.Sarkozy ne constituent 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 80, 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.

I) L'Assurance maladie

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 assure à la fois le remboursement des soins et un revenu de remplacement (les « indemnités journalières ») en cas de maladie.

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 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 70.

la mise en place des franchises.

La contre-réforme Douste Blazy de 2004 avait posé le cadre d'une « nouvelle gouvernance » de l'assurance maladie ouvrant largement la porte aux assurances complémentaires.

Elle avait également instauré la première « franchise » non remboursable de 1€ sur les actes médicaux, le déremboursement de centaines de médicaments, le forfait de 18 € pour les actes hospitaliers coûteux (au dessus de 91€).

La loi de financement de la sécurité sociale 2008 a instauré des « franchises » de 50 cts d'€ par boîte de médicament et acte paramédical et 2 € pour les transports sanitaire. Ces franchises seront pour l'instant plafonnées à 50 € par an.

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

En matière de santé, cette logique est doublement inacceptable : elle aggrave l'inégalité sociale devant la maladie. Elle est une absurdité sur le plan sanitaire.

La franchise ne dissuadera pas les plus aisés pour lesquels elle ne constitue qu'une somme symbolique. Elle contraindra par contre ceux dont les revenus trouvent juste au dessus du RMI, à renoncer à des soins ou de les différer faute d'argent.

Sur le plan sanitaire une telle logique comptable est une aberration : une partie des patients (pour l'essentiel les plus précaires) arrivera plus tard ou trop tard dans le système de soins, dans un état qui nécessitera des soins beaucoup plus importants (et par ailleurs plus coûteux).

La mise en place des franchises est complétée, en médecine de ville par le projet du secteur dit « optionnel ». Concéder aux praticiens libéraux pendant la campagne électorale il permettra à les médecins libéraux (et pas seulement à ceux qui se trouvent dans le secteur 2) 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)

Juste avant l'été le directeur de l'assurance maladie F Van Roeskeghem a lancé un autre « ballon d'essai » : La remise en cause de la prise en charge à 100% par l'assurance maladie des ALD (affections de longue durée). Pour faire « passer la pilule » il ne s'agissait bien sûr dans un premier temps de faire payer par les complémentaires, certains médicaments accompagnant le traitement. 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 4 milliards d'économie. Le contenu en sera révélé fin septembre. Mais R. Bachelot a dès maintenant annoncé 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 Bachelot, selon lequel le transfert des remboursements vers les complémentaires serait neutre, puisque les assurés seront de toutes façons remboursés.

Il s'agit là d'un triple mensonge.

Tout d'abord parce qu'une partie de la population (10%) n'a pas de complémentaire

Ensuite, parce que le désengagement de l'assurance obligatoire vers les complémentaires aboutira 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 mutuelle » 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 ou atteint d'une pathologie lourde, ou si elles le font, ce sera à des tarifs prohibitifs.

Rappelez-vous la récente publicité de la MMA qui proposait de rembourser en partie, les assurés qui ne seraient pas malades au cours de l'année.

De quoi attirer les jeunes, avec des contrats bon marché, en laissant aux mutuelles qui ne sélectionnent pas leurs adhérents les cas les plus lourds qui les contraindront à des

augmentations considérables. C'est la fin du principe de solidarité, permettant de ne laisser personne hors des soins.

La dépendance, nouvel espace de privatisation.

Sarkozy a fait de la « dépendance » un nouveau champ de la privatisation du système de santé.

Dans son discours du 18 Septembre 2007 Sarkozy a levé le voile sur ses projets concernant le nouveau « risque social » qu'est la dépendance. Reconnaisant que *« le traitement du risque dépendance n'est clair ni dans ses principes, ni dans son organisation, ni dans son financement »* il demande au gouvernement de *« mettre en place une réponse adaptée et structurée à ce « cinquième risque social » »*

Mais la reconnaissance d'un nouveau « risque » ne signifie nullement pour Sarkozy, la couverture de celui ci par le système solidaire qu'est l'assurance maladie. Les solutions qu'il préconise visent à la privatisation de ce « risque » en reportant son financement directement sur la personne et sa famille et sur les assurances privées.

En premier lieu, les familles devront payer, et si elles rechignent, la vente du patrimoine est là pour garantir le financement de la dépendance : *« si la famille ne veut pas exercer [ses devoirs] la société devra pouvoir se rembourser sur un patrimoine qui n'a pas vocation à être éloigné du financement du problème de dépendance de tel ou tel de nos compatriotes.... »*

La seconde piste avancée est *« le développement de l'assurance individuelle »* Il invite les *« investisseurs privés »* à *« investir davantage dans ce secteur »*. et leur balise le chemin : *« la dépendance des personnes âgées est le plus souvent un risque assurable qui peut être couvert en partie par des produits financiers innovants. Ces produits d'épargne longue pourront être fiscalement avantageés. Je souhaite qu'ils puissent comporter une sortie de rente en cas de réalisation du risque, mais aussi en nature sous forme de prestations de service »*.

Le gouvernement souhaite enfin modifier définitivement le mode de financement de la sécurité sociale en supprimant les cotisations sociales, « charges insupportables » pour les patrons et en le remplaçant par un impôt. La TVA impôt le plus injuste avait été envisagée par la création d'une dite « sociale » Suite aux déboires rencontrés lors des législatives sur la question, le sujet est pour l'instant en sourdine mais resurgira.

II) L'Hôpital

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 la sécurité sociale qu'il se transforme au cours des 60 dernières années en établissement où chacun (riche ou pauvre) peut accéder aux meilleurs soins.

Il n'est donc pas surprenant que la contre-réforme libérale s'attaque ne même temps à la sécurité sociale et à l'hôpital public. Les démarches sont parallèles : réduire d'un coté la place de la sécurité sociale, au profit des assurances complémentaires 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.

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.

Voici quelques données concernant l'hôpital (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

Ils emploient très majoritairement du personnel sous statut de la fonction publique hospitalière (près de 800 000 agents), même si la précarité s'y est largement développée.

Les médecins (praticiens hospitaliers) sont également régis par un statut.

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 lucratifs

Ce sont les cliniques privées à but commercial. Une forte concentration a lieu dans ce secteur, comme nous l'avons vu tout à l'heure.

En 2003 : 93 812 lits (soit 20%)

Le plan « Hôpital 2007 »

Sans remonter trop loin dans le temps, il faut rappeler quelques points importants.

- La réforme Evin de 90, au travers des SROS (Schémas régionaux d'organisation sanitaire) instaurait déjà une mise en concurrence des projets entre public et privé et développait l'autonomie des établissements publics avec les « projets d'établissements »

- La réforme Juppé a instauré les Agences Régionales de l'Hospitalisation avec à leur tête des super préfets sanitaires (les directeurs d'ARH) ayant droit de vie et de mort sur les établissements publics et privés. Elle instaurait aussi la procédure d'accréditation, qui au nom de la « qualité » permet de restructurer le tissu hospitalier. Il ne s'agit pas de donner les moyens aux établissements d'améliorer la qualité de leurs soins, mais de fermer ou restructurer ceux qui ne sont pas conformes aux « normes »

Entre 2002 et 2007, le plan dit Hôpital 2007 a mis en place tous les mécanismes nécessaires à la privatisation du système hospitalier.

1) un plan d'investissements « sans précédent »

C'est le volet qui fut le plus médiatisé. Il correspondait au besoin absolu de rénover l'infrastructure hospitalière dont le taux de vétusté atteignait 68% en 2002

Il faut toutefois souligner.

-Que l'aide apportée aux établissements pour rénover le parc hospitalier, consiste à financer les intérêts des emprunts contractés auprès des banques et non à investir directement.

-Que cette aide a été apportée au secteur privé lucratif au même titre qu'à l'hôpital public, dispensant le premier de financer ses investissements.

-Que cette aide a eu explicitement une visée « restructurante » en favorisant les gros établissements ou ceux qui se regroupaient, alors que ce sont les petits établissements qui ont le plus de mal à investir.

- On peut enfin penser qu'une remise à neuf du parc hospitalier avec de l'argent public, est une belle « dot » en vue d'une future privatisation.

2) La réforme de la « planification sanitaire »

Nous sommes partisans d'un service public, organisé de manière cohérente sur l'ensemble du territoire, et donc d'une planification sanitaire.

Mais la prétendue « planification » pratiquée hier et aujourd'hui dans le cadre des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation sanitaire) n'a pas pour but une meilleure organisation du système de soin en fonction des besoins. Son but principal, est une réorganisation dans le but essentiel de réduire les moyens et de diminuer les coûts. Nous ne combattons donc pas toute idée de planification, mais les objectifs poursuivis par les restructurations (on parle souvent de « mutualisation » des moyens, ça fait plus présentable !

Dans ce domaine, le plan hôpital 2007

- supprime la « carte sanitaire » qui garantissait (de manière tout à fait insuffisante) une égalité d'équipement sur l'ensemble du territoire. Désormais aucune norme nationale facilitant l'aggravation des inégalités régionales déjà existantes.

- remplace l'organisation du territoire en « secteurs sanitaires » articulé autour d'un hôpital public en « territoires de santé » à géométrie variable ou disparaît la place centrale de l'Hôpital.

- fixe des « volumes d'activité » à réaliser sur chaque « territoire de santé » qui s'imposent ensuite à chaque établissement, un « volume d'activité à atteindre sous peine de sanctions.

A la notion de moyens mis à la disposition d'une population en fonction de ses besoins se substitue l'idée d'un nombre d'actes à réaliser, faute de quoi les moyens peuvent être supprimés.

3) La « T2A » ou Tarification A l'Activité et l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses)

Il s'agit d'un changement complet du mode de financement des établissements publics, en vue de leur mise en concurrence avec les établissements privés.

Depuis 1983 l'Hôpital fonctionnait avec un « budget global » : le budget était une enveloppe fixe calculée sur la base de celui de l'année précédente avec un pourcentage (toujours insuffisant) d'augmentation

Nous étions opposés à ce système, (créé par la gauche !) qui s'inscrivait déjà dans une logique « d'enveloppes fermées », de « maîtrise des dépenses et non de satisfaction des besoins.

Mais le système aujourd'hui mis en place avec la tarification à l'activité est un remède pire que le mal existant.

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 en médecine de ville

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 multiplier les consultations auprès de patients qui du fait de leur état de santé (personnes âgées), de leur situation sociale....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 tiendra aucun compte risque de voir ses revenus fortement diminués.

Les risque 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.

L'hôpital est financé d'après le nombre de « séjours » réalisés. Chaque « séjour » correspond à une pathologie répertoriée dans un groupe homogène de malades (GHM). Chaque séjour correspondant à un GHM est remboursé par la sécurité sociale, comme la consultation du médecin sur la base d'un « tarif » national unique.

Pour assurer son équilibre financier, l'hôpital doit donc réaliser suffisamment d'actes (de séjours) et chacun de ces séjours doit être rentable c'est à dire que le prix de revient doit être inférieur au « tarif » fixé nationalement.

Comme pour le médecin de ville, la T2A incite donc à sélectionner les patients et les pathologies, les actes « non rentables » creusant le déficit de l'établissement.

Le secteur privé commercial maîtrise parfaitement ce système. Il peut aisément sélectionner ses patients (et adresser ceux dont il ne veut pas à l'hôpital).

C'est là que se trouve la duperie de la prétendue « égalité » créée par la T2A entre les cliniques et l'hôpital.

Cette égalité n'existe pas, car le secteur commercial ne soigne ni les mêmes patients, ni les mêmes pathologies que l'Hôpital Public.

Ainsi, selon une étude faite par la Fédération Hospitalière de France.⁵

L'hôpital public assure 90% des urgences, alors que le secteur privé commercial travaille avant tout sur des hospitalisations programmées. Le coût d'une hospitalisation non programmée après passage aux urgences est de 63% supérieur à celui d'une hospitalisation non programmée.

Le secteur privé lucratif assure 70% de son activité avec 50 groupes de pathologies les moins lourdes, tandis que les 50 groupes de pathologies les plus lourdes sont assurées à 71% par l'Hôpital Public. Les 6 groupes de pathologies les plus lourdes (particulièrement coûteuses) sont assurés à 100% par l'Hôpital Public.

Il en va de même pour les maternités, ou le secteur privé commercial est avant tout présent dans les maternités de « niveau 1 » (accouchements sans complications) tandis que les situations plus complexes et lourdes pour la mère et l'enfant sont traitées avant tout dans le public (78% des maternités de niveau 2 et 100% des maternités de niveau 3-néonatalogie)

⁵ Fédération Hospitalière de France : l'Hôpital Public un atout pour la France (site internet de la FHF)

Les auteurs de la contre-réforme reconnaissent à leur façon cette réalité, puisqu'ils ont du inventer un dispositif pour prendre très partiellement en compte les missions de service public. Dans leur jargon ce sont les MIGAC (missions d'intérêts général et d'aide à la contractualisation). Mais ce financement reste dérisoire.

La course à la rentabilité de chaque acte a inévitablement des conséquences sur la sécurité et la qualité des soins, en même temps qu'une dégradation des conditions de travail pour les personnels. Ceux-ci soumis désormais à des « objectifs » de production d'actes, comme dans les entreprises industrielles et commerciales, et à un « management » de plus en plus inhumain.

Pour N. Sarkozy, un hôpital performant est un établissement « qui se crée des marges de manœuvre pour investir, dans l'innovation et les nouvelles technologiques »

Le plan hôpital 2007 avait déjà mis en œuvre cette exigence par le mécanisme de l'EPRD (Etat prévisionnel des Recettes et des Dépenses qui s'est substitué au budget hospitalier.

Il s'agit en effet de contraindre les hôpitaux, par des gains de productivité non seulement à équilibrer leur budget de fonctionnement, mais, comme dans une entreprise privée à dégager des « marges » pour l'investissement.

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 tenir les objectifs 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 de respecter les « objectifs » financiers du pôle. 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 ce 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.

La loi « Patients Santé et Territoires » (PST).

Les 3 principaux chapitres de cette loi sont

- la création des « Agences Régionales de Santé » permettant un contrôle encore plus strict des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie et le transfert des moyens de l'Hôpital Public vers la médecine libérale, et le secteur médico-social.
- La réponse aux soins de premiers recours par la création de « maisons médicales ».
- La restructuration privatisation de l'hôpital public, ouvrant la voie à la disparition du statut des médecins et des personnels hospitaliers.

des ARH aux ARS.

Le plan Juppé avait créé les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) avec à leur tête un véritable « préfet sanitaire » ayant plein pouvoir sur les établissements hospitaliers publics ou privés.

En douze ans, les ARH ont mené d'une main de fer une restructuration en profondeur du système hospitalier : fermetures d'établissements de proximité, regroupement d'établissements, privatisation des secteurs les plus « rentables » (chirurgie).

La création des ARS (agences régionales de santé), va élargir le champ de compétence des ARH. En plus de l'Hospitalisation (publique et privée) les ARS étendront leur pouvoir à la médecine de ville, et au secteur médico-social, et géreront les enveloppes budgétaires de ces 3 secteurs.

Elles pourront ainsi contrôler de manières encore plus rigoureuses les dépenses de chacun et surtout transférer les moyens de l'un à l'autre.

Dans le cas précis, R. Bachelot l'affirme nettement il s'agira de ponctionner les moyens déjà très insuffisants de l'hospitalisation publique pour financer en amont la médecine de ville (notamment la création des maisons médicales-voir ci-dessous) et en aval le secteur médico-social, qui prendra (à moindre coût) en charge les soins de longue durée. Le secteur hospitalier n'assurera plus que l'urgence et les soins aigus.

Il s'agit en outre d'aller, sur le modèle de l'éducation nationale, vers une implication de plus en plus grande des régions dans le système de santé, avec le creusement des inégalités.

La création des ARS signifie la fin des actuels services de l'Etat DDASS/DRASS dont les personnels dépendront désormais des ARS. Elle contribue également au démantèlement de la sécurité sociale comme institution autonome, une partie des personnels de la sécu étant désormais rattachés au ARS.

Dans un contexte de privatisation généralisée, les ARS joueront le rôle « d'acheteurs de soins » à des structures publiques ou privées, placées sur le même plan en fonction de leur coûts et de leur « efficacité », ce que R. Bachelot résume par la formule : « un établissement n'a pas besoin d'être public pour assurer un service public de santé. Il doit simplement en respecter les exigences »

La permanence des soins de premiers recours.

Le gouvernement est face à un problème bien réel, celui de la désertification sanitaire de certaines régions en particulier en zone rurale, et des réponses insuffisantes de la médecine de ville à la permanence des soins 24h/24 sur le territoire.

Ce gouvernement ultralibéral est ainsi confronté aux conséquences de l'exercice « libéral » de la médecine dont l'un de piliers est la « liberté d'installation ». Celui ci aboutit à des inégalités considérables d'une région à l'autre.

La saturation des services d'urgences est la conséquence de cette situation : les urgences sont le seul lieu, où l'on peut se présenter pour recevoir des soins, 24h/24, sans frais.

L'ouverture de « maisons médicales » pour assurer la permanence des soins sur le terrain. est une mauvaise réponse à un véritable besoin : celui de centres de santé, publics au plus près de la population :

Les maisons médicales sont en effet des cabinets libéraux, ou les médecins et les professionnels sont rémunérés à l'acte, et ou il faut souvent des sommes importantes, non remboursées pour avoir droit aux soins (franchises dépassements...).

De plus, centres de santé doivent, pour nous, s'articuler avec l'hôpital public de proximité dont les missions (urgences, maternités, chirurgie, médecine) ne sont pas assurées par les permanences de santé sur le territoire. Pour le gouvernement il s'agit au contraire de remplacer le service public hospitalier de proximité par les maisons médicales.

La création des « maisons médicales » aura dans ces conditions des conséquences négatives sur l'hôpital public et l'accès aux soins de proximité.

Restructuration et privatisation de l'Hôpital Public

Inspirée du rapport Larcher la loi « Patients Santé et Territoires » vise à passer à la vitesse supérieure dans la restructuration des établissements hospitaliers, et pour ce faire à engager la privatisation des établissements publics et du statut de leurs personnels. Il cherche en même temps à trouver quelques parades aux appétits des fonds d'investissements dans le secteur.

Placés en situation de déficit structurel, par des budgets insuffisants, les établissements hospitaliers n'auront d'autre choix que d'adhérer « librement » à une nouvelle structure : la « communauté hospitalière de territoire ».

Celle-ci regroupera en une seule entité « multi site », tous les établissements hospitaliers d'un même « territoire de santé » (plusieurs dizaines, voire centaines de milliers d'habitants).

Cette « mutualisation des moyens » doit permettre de passer à une échelle plus vaste dans les suppressions d'emplois (70% des budgets) : suppressions de services, généralisation de la polyvalence, et accroissement de la « productivité » des personnels.

Ces communautés seraient placées sous la responsabilité d'un véritable « manager » pouvant être recruté hors du corps des directeurs et de la fonction publique « en se basant sur les méthodes employées pour le choix des cadres dirigeants des entreprises »

C'est en clair l'annonce de « plans sociaux » de milliers d'emplois dans les hôpitaux publics, le développement du « salaire au mérite », de la concurrence entre personnels et services hospitaliers.

Pour illustrer un exemple d'actualité. L'hôpital de Carhaix, dans la nouvelle organisation ne sera plus qu'un site de la « communauté hospitalière de territoire » incluant le CHU de Brest et quelques autres établissements du département. Il suffira dès lors d'une simple « réorganisation interne » décidée par le directeur général de la communauté hospitalière de territoire, pour supprimer les urgences, la chirurgie à Carhaix.

En finir avec les statuts

Même si la précarité s'est beaucoup développée dans les hôpitaux, le principal obstacle restant à un mode de gestion d'entreprise est le statut des médecins (praticiens hospitaliers) et des personnels (fonction publique hospitalière).

Le rapport Larcher prévoit la précarisation générale des statuts, à commencer par ceux des directeurs et des médecins. Ils pourront ainsi aisément être remplacés s'ils ne se soumettent pas aux exigences de rentabilité et de productivité exigées, mais seront par contre « intéressés » aux résultats financiers si ceux-ci sont positifs. Dans la foulée, ce sont les statuts de tous les personnels qui sont menacés. Un rapport plus provocateur encore, le rapport Vallencien envisage pour sa part⁶ la transformation des établissements publics en établissements privés à but non lucratif.

⁶ reprenant ainsi une scandaleuse proposition des directeurs de CHU

Les « groupements de coopération sanitaire

Une autre formule de restructuration « territoriale » préconisée par Larcher et Bachelot est le rassemblement d'établissements publics et privés au sein d'une structure de droit privé : le groupement de coopération sanitaire, auquel peuvent également appartenir des professionnels libéraux. Le résultat serait une disparition à terme des personnels sous statut public : les anciens personnels hospitaliers publics resteraient fonctionnaires mais les nouveaux étant recrutés par le « groupement » sous statut privé.

Enfin, inquiet du rachat massif des cliniques privées par des fonds d'investissements qui ont pour seul souci la rentabilité immédiate de leurs actions, le rapport Larcher souhaite « éviter des positions de monopoles des groupes de cliniques dans certaines villes ou régions »

Il envisage même « une participation publique dans le capital de cliniques ou sociétés immobilières dans l'hypothèse où le service public ne serait plus assuré sur un territoire de santé ».

Le pompier pyromane tente ainsi circonscrire l'incendie de la privatisation qu'il a lui-même allumé !

Quelle politique alternative ?

Quelle mobilisation en cette rentrée ?

Combattre ces contre réformes et mobiliser en cette rentrée est nécessaire, mais cela ne peut se faire simplement en défendant l'existant.

Pour nous il s'agit au contraire de défendre une politique alternative fondée sur le « droit à la santé ».

Il n'est pas question dans le cadre de cet exposé de présenter un « programme de santé » qui ne pourra résulter que du travail collectif des militants du NPA, mais seulement de poser quelques grandes lignes.

Nos propositions s'organisent autour de 5 grands chapitres

- 1) Prévenir la maladie, créer les conditions pour que à chacun(e) puisse vivre en bonne santé.
- 2) Assurer à tous la gratuité des soins.
- 3) Défendre l'Hôpital Public et l'élargir à un véritable service public de santé.
- 4) Transformer l'exercice de la médecine libérale, notamment par la suppression du paiement « a l'acte »
- 5) Instaurer une politique publique du médicament.

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

Comme nous l'avons dit en introduction, 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 CHS CT 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 et unique assurance maladie, partie d'une sécurité sociale solidaire, financée par ces cotisations sociales versées par les employeurs.
- Afin d'éviter l'avance de fonds, souvent dissuasive, le « tiers payant » doit être systématique.
- Abrogation de toute forme de « franchise » et de « ticket modérateur ».
- interdiction de toute forme de dépassement d'honoraire
- Les mutuelles, qui ne rembourseraient dès lors 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 », socialisé. Cette partie du salaire doit être gérée par les représentants des salariés eux même, sans que les patrons ni l'Etat aient à y intervenir.

- Elections 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)

3) 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 ou non d'une structure de soin doit être l'affaire de la population elle même.
- Abrogation de la réforme dite « Hôpital 2007 » 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 numérus 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 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.

Centres de Santé et 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/24h

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, leurs maternité, leurs services de chirurgie et de médecine.

4) Transformer l'exercice de la médecine libérale, notamment par la suppression du paiement « a l'acte »

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.

5) 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.

Quelles perspectives aux mobilisations

La gravité des attaques en cours, de celles qui se préparent nécessitent une riposte à la hauteur.

Ce qui serait nécessaire c'est 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 le PLFSS 2009 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 atteint des sommets.

Il ne faut toutefois pas considérer cette situation comme définitive. Elle peut évoluer à la fois sous la pression des personnels hospitaliers qui vont subir des attaques très dures, même si pour l'instant l'ambiance est plutôt au désenchantement qu'à la mobilisation sauf sur des actions très locales où les personnels pensent qu'ils peuvent gagner.

Dans l'immédiat, il s'agit de contribuer à construire pour les mobilisations de l'automne, le cadre le plus unitaire possible, malgré l'absence des syndicats confédérés pour faire face aux grandes échéances nationales et ne pas en rester aux résistances locales face aux restructurations hospitalières

Ce cadre unitaire a commencé à se mettre en place, au cours du mois de juin. 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.

La prochaine réunion de ce collectif a lieu le 2 septembre. Nous espérons qu'un calendrier d'action en sortira pour septembre et octobre

Le projet que nous défendons, et qui semble partagé par d'autres est celui de marches nationales, sur le modèle des « marches des chômeurs ». ces marches permettraient d'ancrer la mobilisation sur le terrain avec le passage dans des villes où les hôpitaux sont menacés ou fermés.

Il pourrait par exemple y avoir une marche partant du Finistère (Carhaix), mais aussi, où la situation hospitalière est également critique, de Nice où le CHU est confronté à un « plan de redressement » draconien etc.....

Ces marches pourraient se terminer à un moment crucial par exemple vote de la loi « patients santé et territoires » ou du Projet de loi de financement de la sécu, par une manifestation en direction du parlement, pour mettre « sous pression » l'assemblée nationale pour le retrait des projets gouvernementaux. Cette manifestation permettrait de placer les députés devant leurs responsabilités, eux qui souvent votent à Paris les restrictions budgétaires pour les hôpitaux, et manifestent un peu plus tard, dans leur ville contre la fermeture de l'établissement de leur commune.

Les questions de santé doivent aussi trouver leur place dans les mobilisations interprofessionnelles qui auront lieu à la rentrée, comme la journée du 7 Octobre.

Favoriser la création de comités locaux

Les militants de la LCR et du NPA ont une responsabilité particulière, pour favoriser dans toutes les villes où nous sommes présents la création de comités locaux unitaires avec les forces présentes dans le collectif national, mais aussi les organisations syndicales, les associations qui sur le plan local sont prêtes à s'y joindre.

-Une version écrite de ce rapport sera envoyé dans les villes et aux militants qui le souhaitent dans les semaines qui viennent. Et si nous le pouvons une brochure sera réalisée qui sera également adressée par mail, ainsi que les informations concernant la mobilisation et des projets de tracts.

Il nous reste à nous mettre au travail.