

Assurance-maladie : un rapport en trompe l'œil

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie vient de rendre son rapport. Il fait le constat que *"l'assurance-maladie constitue un de nos grands succès collectifs"*. Il affirme que *"les principes de solidarité de notre système de prise en charge sont sains et doivent être maintenus"* et il considère comme positif *"au regard de la solidarité nationale"* le fait que *"les cotisations ne tiennent pas compte de l'état de santé des assurés"*. Même si la formulation est prudente, il n'exclut pas la nécessité d'une *"augmentation des recettes sur longue période"*. Il met à juste titre l'accent sur une nécessaire réforme du système de soins en pointant l'exigence d'une meilleure coordination entre les acteurs. Enfin il se prononce contre la liberté tarifaire prônée par certaines organisations de médecins en caractérisant comme fondamental le principe *"d'opposabilité des tarifs"*.

Si ces affirmations sont positives, le diagnostic général, centré sur les problèmes financiers, reste marqué par un catastrophisme qui lui fait dire que l'assurance-maladie est *"désormais en situation de grave péril"*. Si le Haut-Conseil admet qu'agir sur plusieurs leviers sera nécessaire, l'accent est mis essentiellement sur la réduction des dépenses et la recherche de gains de productivité, alors même qu'il est obligé de reconnaître qu'il est difficile d'en mesurer l'impact réel et qu'une telle orientation *"ne pourrait suffire à couvrir les impératifs financiers de court terme"*. De plus, le rapport contient un certain nombre d'allégations discutables et dangereuses pour l'avenir d'une Sécurité sociale solidaire, voire même de contrevérités. Il comporte de plus des oublis inquiétants.

Tout le raisonnement économique est basé sur les a priori de la pensée néolibérale, comme par exemple l'affirmation que *"la levée des recettes a posé des problèmes politiques et économiques"*. Le rapport avance ainsi que *"la France se situe parmi les pays qui consacrent le plus de leur richesse aux dépenses de soins"*. Une comparaison honnête fait pourtant ressortir au contraire que les dépenses de santé en France se situent dans la moyenne internationale pour les pays ayant un développement comparable : Allemagne, 10,7 % du PIB ; Canada, 9,7 % ; Suisse, 10,9 % ; France 9,5 %. La seule exception est les Etats-Unis avec près de 14 % du PIB, pays où la santé est en large partie privatisée avec pour conséquence le fait que la moitié des habitants n'ont pas accès à des soins convenables.

Concernant le déficit, le rapport ne tire pas de conséquence du constat que le manque de ressources de la CNAM est d'abord dû à un ralentissement des recettes, contrecoup de la croissance du chômage et fait l'impasse sur les dettes de l'Etat et des employeurs. De

même laisser planer la menace d'un *"effet éviction massif au détriment des autres besoins collectifs"* en cas d'augmentation des recettes, c'est oublier qu'il est possible de dégager des ressources supplémentaires en rééquilibrant la part des salaires (salaires directs et cotisations sociales) dans la valeur ajoutée créée par les entreprises alors que celle-ci a baissé de 10 points en 20 ans.

L'augmentation éventuelle des recettes est centrée sur la CSG alors que son produit est essentiellement généré par les salariés et l'éventualité d'une augmentation des cotisations patronales n'est même pas évoquée. Le Medef peut dormir tranquille. Le rapport préconise une unification des taux au détriment des retraités et des chômeurs qui vont pourtant déjà subir une baisse de leurs revenus de remplacement avec les différentes mesures gouvernementales.

Concernant la prise en charge des malades, le rapport ne dit rien des mesures de déremboursement déjà prises ainsi que de la hausse du forfait hospitalier et les formulations technocratiques dissimulent une philosophie porteuse de régressions sociales. Les notions d'efficacité et d'efficience sont mises au service d'orientations visant, de fait, à diminuer le niveau de remboursement des soins par l'assurance-maladie, *"l'aisance d'accès aux soins"* étant dénoncée et des *"formes nouvelles de ticket modérateur"* envisagées. L'opacité des expressions cache mal la volonté de réduire la prise en charge publique, la participation des ménages étant considérée comme *"très modeste"*. On comprend que dans cette perspective, le rapport ne dise rien sur le caractère inégalitaire et socialement discriminatoire de la plupart des couvertures complémentaires.

Le Haut-Conseil justifie les restructurations dans le secteur hospitalier et la tarification à l'activité. Ainsi est approuvée l'application d'une stricte logique financière qui se fera au détriment de la qualité des soins en contradiction avec les propos lénifiants tenus à ce sujet. La question de la prévention et des déterminants sociaux de la santé n'est pas réellement traitée, les paragraphes abordant ces points ne sont là que pour la forme et le rapport ne fait sur ce sujet aucune réelle recommandation. Autre "oubli", le rôle de l'industrie pharmaceutique dans l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie et dans le *"rapport qualité/coûts"* des médicaments.

Concernant le mode de prise de décisions, le rapport se focalise sur les questions institutionnelles et n'évoque qu'au détour d'une phrase la nécessité d'une *"élaboration partagée avec les acteurs de la santé"*. La mise en place de processus de démocratie participative associant tous les acteurs du système est pourtant décisive pour décider ce qui doit être remboursé par la Sécurité sociale et donc pour définir collectivement les moyens financiers à mettre en œuvre.

Pour l'Union syndicale G10 Solidaires, ce rapport est largement en trompe l'œil. Malgré un hommage obligé à l'assurance-maladie, il est lourd de menaces pour l'avenir. Plus que jamais, il faut dès aujourd'hui préparer les conditions d'une mobilisation unitaire d'ampleur des salariés pour bloquer des projets porteurs de régression sociale et imposer une véritable refondation d'une assurance-maladie solidaire.

Le 23 janvier 2004

Le droit à la santé remis en cause !

La santé publique est dans le collimateur du gouvernement. Les diverses mesures déjà prises - augmentation du forfait hospitalier, déboursement total ou partiel de certains médicaments et actes chirurgicaux -, vont ainsi conduire les mutuelles à augmenter leurs cotisations de 10 % d'ici la mi-2004.

Mais ces mesures ne sont que la pointe avancée d'un projet d'ensemble dont le Premier ministre a déjà indiqué la philosophie. "Le sentiment de gratuité de notre système santé" est dénoncé et c'est un projet global de remise en cause de l'assurance-maladie qui est en cours de préparation.

Ce projet vise à mettre en place un système à trois niveaux : un filet de protection à minima, pris en charge par la Sécurité sociale, ne couvrant que les maladies les plus graves ; une assurance complémentaire facultative qui permettra de couvrir les soins les plus courants, les plus pauvres étant aidés par l'Etat pour ce faire ; une seconde assurance complémentaire, pour ceux qui en auraient les moyens, pour couvrir les soins non pris en charge par les deux autres niveaux.

Ce projet, qui entraînerait une explosion des tarifs des assurances complémentaires, mettrait définitivement fin à l'égalité d'accès aux soins, déjà bien mise à mal ces dernières années : les plus riches seront les mieux soignés.

Pour faire passer un tel projet, le gouvernement a retenu une stratégie assez simple : mise en place du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie pour essayer d'avoir, début 2004, un "diagnostic partagé" ; pseudo négociation avec les organisations syndicales ; projet de loi avant la fin de l'année 2004.

On le voit, les échéances se rapprochent et il faut dès maintenant construire un vaste front unitaire pour impulser les mobilisations indispensables. Il s'agit certes d'abord de bloquer le projet gouvernemental qui vise à détruire de fond en comble notre protection sociale.

Mais nous ne pouvons nous en tenir au statu quo actuel car les mesures libérales déjà prises depuis plusieurs années ont commencé à produire leurs effets. Il nous faudra imposer une véritable refondation d'une Sécurité sociale solidaire permettant l'exercice effectif du droit à la santé.

Le projet libéral

Il vise à diminuer de façon très importante la part de l'assurance-maladie obligatoire dans la prise en charge des maladies, au profit des assurances complémentaires. Son corollaire serait la mise en place d'un "panier de soins", liste minimale des soins remboursés. Un tel projet mettrait fin à l'égalité d'accès aux soins et entraînerait une remise en cause fondamentale du droit à la santé.

C'est le rapport présenté par M. Chadelat en avril 2003 qui préfigure le désengagement de l'assurance-maladie obligatoire. Il s'agit d'un changement majeur de notre système de protection sociale :

- l'institutionnalise un système à trois étages,
- il remet en cause les principes de solidarité attachés au système,
- et il tourne résolument le dos à la mise en place d'un régime universel d'assurance-maladie obligatoire.

Le rapport Chadelat préconise la création d'une Couverture maladie généralisée (CMG) qui correspond à l'accès aux soins que la Nation garantit à chacun de ses citoyens : c'est le panier de soins. La CMG est constituée de deux niveaux :

- l'Assurance-maladie obligatoire (AMO) financée par des prélèvements obligatoires,
- l'Assurance-maladie complémentaire dite de base (AMCB) qui restera facultative et pour laquelle sera créé un dispositif d'aide à son acquisition.

Apparemment l'existant ne semble pas profondément bouleversé. Mais, en réalité, tout dépend de l'étendue du contenu de la CMG. En effet, les dépenses exclues de la CMG resteront à la charge des ménages et "libre à eux" de souscrire une assurance supplémentaire : c'est le troisième étage de la construction et si ce troisième étage est important, les inégalités dans l'accès aux soins s'aggraveront car seuls les plus riches pourront prétendre à ce niveau de couverture.

La répartition des dépenses entre celles qui relèvent de l'AMO et celles qui relèvent de l'AMCB est également décisive : pour réduire le niveau affiché des prélèvements obligatoires une part de plus en plus importante du régime obligatoire sera transférée vers les régimes complémentaires (mutuelles et assurances privées), réduisant l'assurance-maladie obligatoire à un filet de sécurité minimale.

Les assurés subissent de plein fouet les augmentations de cotisations ou de primes auxquelles les mutuelles et les assurances seront conduites.

La CMG prendra à sa charge le "panier de soins" décidé par le Parlement et le Gouvernement, et ce qui en sera exclu restera à la charge directe des personnes.

L'objectif recherché n'est pas de réduire les dépenses, mais seulement de diminuer la part prise en charge par la sécurité sociale en augmentant a contrario la part du secteur privé avec pour conséquence une croissance des dé-

penses de santé pour les ménages. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie devrait remettre un nouveau rapport avant la fin janvier. Il devrait servir de base aux orientations gouvernementales.

Le prétexte du déficit

Le déficit de l'assurance-maladie est aujourd'hui utilisé comme un épouvantail. Les chiffres présentés semblent impressionnants : de 1,6 milliard d'euros en 2000, le déficit de la Caisse Nationale d'Assurance-maladie (CNAM) atteindrait 10 milliards en 2003.

Mais un déficit n'a de sens que si on le compare aux ressources. De ce point de vue, le déficit passerait de 1,6 % des ressources de la CNAM en 2000 à 8,4 % en 2003. Ce déficit reste, pour des sommes comparables, bien en deçà de celui du budget de l'Etat qui devrait atteindre plus de 20 % des recettes en 2003. Le gouvernement n'a pas annulé pour autant les baisses d'impôts qui vont profiter essentiellement aux contribuables les plus aisés !

De plus, les frais financiers liés à ce déficit devraient simplement atteindre 0,1 % des ressources en 2003.

Mais l'essentiel n'est pas là. Le déficit de la CNAM est avant tout dû à un ralentissement des recettes, contrecoup de la croissance du chômage : 100 000 chômeurs supplémentaires correspondent à 1 milliard d'euros en moins de recettes. C'est le chômage qui est la cause fondamentale du déficit.

Mais l'Etat et le patronat ont aussi une responsabilité en la matière. Le montant des exonérations de cotisations patronales non compensées par l'Etat s'élève à plus de 2 milliards d'euros. L'Etat doit par ailleurs plus de 4 milliards aux caisses de la sécurité sociale, les dettes patronales s'élevant à près de 2 milliards. Enfin, les employeurs ne déclarent pas tous les accidents du travail et les maladies professionnelles, ce qui correspond à un manque à gagner de plusieurs milliards d'euros pour la Sécurité sociale.

Ces constats n'empêchent évidemment pas de réfléchir sur une meilleure organisation du système de santé pour éviter une inflation des coûts. Ils montrent simplement que l'agitation faite autour du déficit n'a qu'une fonction : justifier les mesures régressives actuellement prises contre le droit à la santé.

Assurance-maladie la santé n'est pas une marchandise !

Nos propositions

Il est possible de développer un accès gratuit à des soins de haut niveau. Il faut d'abord mettre en place un financement reposant sur une redistribution de la richesse produite qui soit plus favorable aux salariés. Il faut ensuite une réorganisation du système de santé qui, à partir des besoins de la population, encourage la coordination des professionnels de la santé et permette un contrôle de l'industrie pharmaceutique.

Les propositions de l'Union syndicale G10 Solidaires s'articulent autour d'un principe. La Sécurité sociale ne doit pas fonctionner selon la même logique que les assurances privées.

accès égal aux soins

Dans ce dernier cas, le coût de l'assurance est lié au risque assuré et à la couverture envisagée. Au contraire, dans la Sécurité sociale, chacun paie en fonction de son revenu sans tenir compte du risque qu'il représente. Ainsi, dans la Sécurité sociale, non seulement tout le monde peut être couvert, mais tout le monde est couvert de la même façon.

C'est une différence fondamentale avec les assureurs privés et même la plupart des mutuelles pour qui les plus pauvres peuvent payer moins, mais avec pour conséquence une couverture moindre.

Pour l'Union syndicale G10 Solidaires, le financement doit donc être basé sur le revenu et non en fonction du risque ou de la couverture envisagée. Ce principe implique de renforcer le régime obligatoire d'assurance-maladie qui prend en charge aujourd'hui plus de 75 % des soins. Il faut passer progressivement à une prise en charge à 100 %.

Une telle perspective ne peut se concevoir qu'avec une refondation de notre système de santé.

En finir avec les subventions publiques envers le secteur privé.

Les lits privés dans les hôpitaux publics et les dotations financières publiques pour la rénovation des établissements privés doivent être supprimés.

Améliorer le financement de l'assurance-maladie.

Cela passe d'abord par le remboursement des dettes patronales et de celles de l'Etat. Mais il faut surtout imposer un rééquilibrage de la part des salaires dans la richesse créée par les entreprises. Cela est d'autant plus possible que celle-ci a

baissé de 10 points en 20 ans. La part dite patronale des cotisations sociales doit donc augmenter. Au-delà, il faudra réfléchir, si nécessaire, à d'autres sources de financement.

Transformer notre système de soins.

Il faut développer la politique de prévention et favoriser une meilleure coordination des professionnels de santé avec la mise en place de réseaux sanitaires.

Mener une meilleure politique du médicament.

Les activités des industries pharmaceutiques doivent être contrôlées pour qu'elles répondent aux besoins de santé publique par la création d'un office public d'évaluation des médicaments. Il faut favoriser le développement des génériques et empêcher toute extension de la durée des brevets réclamée par l'industrie pharmaceutique.

La refondation de l'assurance-maladie doit s'accompagner de la mise en place de processus de démocratie participative dans le domaine sanitaire et en finir ainsi avec les décisions technocratiques prises au seul motif d'impératifs financiers.

Démocratiser l'Assurance-maladie

Il faut organiser, tant au niveau local que national, des débats collectifs qui rassemblent les experts, les associations de malades, les représentants des médecins, de l'industrie pharmaceutique, de l'Assurance-maladie et les organisations syndicales.

C'est à partir de ces débats que doit être décidé ce qui doit être remboursé par la Sécurité sociale, c'est-à-dire les soins utiles, et donc définir collectivement les moyens financiers à mettre en œuvre.

Enfin, il n'est pas admissible qu'il n'y ait pas eu d'élections aux caisses de la Sécurité sociale depuis 1983. Il faut donc que les assurés puissent de nouveau élire leurs représentants.

Dépenses de santé dans le monde : la France dans la moyenne

Un récent rapport de l'Organisation pour le commerce et le développement (OCDE), qui regroupe les pays les plus riches de la planète, fait le point sur les dépenses de santé dans le monde. Les pays membres de l'OCDE consacrent en moyenne 8,4 % de leur Produit Intérieur Brut (indicateur qui mesure la richesse nationale) à la santé.

L'Allemagne dépense 10,7 % de son PIB, la Suisse 10,9 %, la France 9,5 %, le Canada 9,7 %, les Etats-Unis 13,9 %. Concernant les dépenses par personne et par an, la moyenne OCDE est de 2100\$, la France se situant à un niveau comparable, alors qu'elles atteignent 4900\$ aux Etats-Unis.

Quelles conclusions tirer de ces chiffres ? D'abord, contrairement à ce que nous serinent le MEDEF et le gouvernement, les dépenses de santé en France se situent dans la moyenne internationale pour des pays ayant des niveaux de développement comparables.

Ensuite, les dépenses de santé aux Etats-Unis sont nettement supérieures à celles des autres pays. C'est aussi le pays où la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé est la plus faible, 44 % contre 75 % pour la France par exemple.

La conclusion coule de source : la privatisation de la santé augmente les coûts pour le plus grand avantage des compagnies d'assurances et des opérateurs privés. Dans le même temps la moitié des américains n'ont pas accès à des soins convenables.

Un système inégalitaire !

La France a été classée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en tête du palmarès des systèmes de santé dans le monde. Cette place flatteuse ne doit

pas faire oublier que les inégalités sociales et géographiques en matière de santé restent encore très fortes.

L'assurance-maladie a amené des résultats positifs indéniables en matière de santé depuis sa mise en place puis son développement tout au long de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Pour autant des inégalités demeurent, et l'assurance-maladie présente toujours des insuffisances et des lacunes.

La non prise en charge totale des soins, et la prise en charge très insuffisante dans certains domaines (dentaire, oculaire, etc...) conduit à des exclusions de l'accès à certains soins en fonction des revenus ; d'autres inégalités se sont développées en matière d'offre de soins entre les régions. Et tout ceci ne fait qu'accroître les inégalités de santé et les inégalités d'espérance de vie sociales et territoriales.

Ainsi, par exemple, le taux d'accouchement prématuré varie du simple au double en

fonction du niveau scolaire de la mère et les enfants d'agriculteurs ont 50 % de plus de dents cariées que les enfants de cadres.

Cette différenciation sociale est d'ailleurs généralisée. En effet, les plus modestes ont moins recours à la prévention et aux spécialistes, mais plus à l'hôpital. Ils se soignent plus tard et ont recours à des soins plus lourds.

Les inégalités régionales se retrouvent aussi en matière de présence médicale. Les centres des grandes agglomérations et la Côte d'Azur sont particulièrement bien pourvus en matière médicale, alors que la pénurie règne partout ailleurs. Conséquence, la densité médicale en Fran-

ce est inférieure à la moyenne européenne et en dessous de l'Italie et de la Grèce.

Par ailleurs l'assurance-maladie répond toujours très difficilement, et avec beaucoup de retard, aux évolutions des demandes et des

Il y a autant de dermatologues dans les Alpes maritimes que dans tout le Royaume Uni.

besoins.

Ainsi l'allongement de l'espérance de vie et les changements dans les modes de vie (familles éclatées, urbanisation, mobilité géographique, etc...) comme dans les activités professionnelles font apparaître de nouveaux besoins sanitaires auxquels l'assurance-maladie répond très mal. Des mesures s'imposent donc.

Industrie pharmaceutique les profits avant tout

L'industrie pharmaceutique est une des industries les plus rentables. Ainsi, en 2000, son taux de profit moyen atteignait près de 19 %. Tout le problème pour cette industrie est de maintenir, voire d'accroître, le niveau de ses profits dans une situation où elle connaît une profonde crise d'innovation.

En effet, la recherche médicale avait connu une très grande période de créativité après la seconde guerre mondiale avec la découverte de nombreux médicaments. Mais cette créativité s'était accompagnée d'une violence extrême contre les patients qui étaient utilisés comme cobayes. De nombreux scandales ont ainsi éclaté au début des années 1960, le plus célèbre étant celui de la thalidomide.

une crise de l'innovation

Face à cette situation, l'industrie pharmaceutique a créé une nouvelle méthode de mise au point des médicaments : les essais cliniques.

Cette méthode, si elle est incomparablement plus sûre pour les patients, s'est révélée beaucoup moins innovante. En effet, elle pousse simplement à une amélioration à la marge des médicaments existants au dépens de nouveautés radicales. Les laboratoires ont donc de plus en plus de mal à mettre au point de nouveaux "blockbusters", c'est-à-dire des médicaments rapportant un milliard de dollars par an.

Pour répondre à cette situation, l'industrie pharmaceutique agit d'abord sur les prix. Tout nouveau médicament qui améliore légèrement un an-

cienn voit son prix multiplié par un facteur compris entre 10 et 100 suivant les cas. De plus, alors que ce nouveau médicament n'améliore souvent aucunement le traitement thérapeutique de la plupart des patients, l'industrie pharmaceutique pousse à son utilisation généralisée. On assiste donc à une inflation de coûts qui pèse dans les dépenses de l'assurance-maladie et dont le bénéficiaire est le complexe médico-industriel.

explosion des prix des médicaments

Enfin, on assiste aussi dans ce secteur à une vague de restructurations et de fusions dont l'objectif principal est de réaliser des économies d'échelle en matière de recherche et développement (R&D). Car une des principales caractéristiques de cette industrie est que les coûts en R&D sont très élevés alors que les coûts de fabrication des médicaments sont très bas. D'où l'impératif pour les profits des industriels du secteur de réduire les frais en fusionnant les équipes de recherche, mais aussi en protégeant le plus longtemps possible les nouveaux médicaments. C'est tout l'enjeu actuel autour des brevets.

rente de situation

Ce n'est qu'en 1968 que le médicament est devenu brevetable. La protection est aujourd'hui de 20 ans à compter du dépôt du brevet. Ensuite

le médicament tombe dans le domaine public et la fabrication de génériques devient possible. L'objectif du complexe médico-industriel est d'augmenter considérablement la durée des brevets afin de pouvoir continuer à vendre leurs médicaments le plus cher possible.

Augmenter le temps de protection des médicaments est une réponse à la crise d'innovation que connaît l'industrie pharmaceutique afin qu'elle puisse maintenir ses profits.

Rien ne prouve d'ailleurs qu'une telle mesure soit un encouragement à la recherche. Bien au contraire, en créant une rente de situation pour les industriels, elle peut apparaître comme un frein à l'innovation. Un temps de protection plus court les obligerait au contraire à prendre des risques pour explorer des voies inconnues et accélérer les processus d'innovation.

les brevets contre la santé

Un tel débat n'a rien de théorique. Non seulement le système de protection actuel entraîne une augmentation très importante des dépenses de santé publique dans les pays développés, mais il empêche l'accès aux soins des populations des pays pauvres qui n'ont pas les moyens de payer les prix demandés par l'industrie pharmaceutique. Pour cette dernière, les profits passent avant la vie.

Pour en savoir plus

Attac : *Le complexe médico-industriel*, Milles et une nuit.
Philippe Pignarre : *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte.
Fondation Copernic : *Main basse sur l'Assurance maladie*, Syllepse.
Patrick Alloux : *La santé n'est pas une marchandise*, Les Editions de l'Atelier
Site ressource : <http://onala.free.fr/>

L'hôpital public en danger !

Accroissement de la charge de travail, déshumanisation des tâches, diminution du temps passé auprès des malades, listes d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois dans certaines spécialités, pénurie de lits et de personnels... l'hôpital public est en train de couler.

situation catastrophique

En 10 ans, 70 000 lits d'hôpitaux ont été fermés. Près de 3500 postes de médecins ne sont pas pourvus et le nombre de postes vacants peut atteindre 40 % dans certaines spécialités et dans certaines régions. De plus, 8000 médecins étrangers sous payés et sans statut travaillent aujourd'hui dans les hôpitaux publics. Enfin, l'application des 35 heures sans la création suffisante de postes accroît encore la désorganisation.

Cette situation catastrophique est le résultat de la politique menée par tous les gouvernements depuis la fin des années 80. Le plan "hôpital 2007" concocté par le gouvernement actuel se situe dans la logique de ses prédécesseurs.

course à la rentabilité

Ce plan vise à mettre en concurrence les établissements hospitaliers, publics et privés, chaque maladie devenant "un segment de marché" avec une "tarification à l'activité". La course à la rentabilité va donc continuer avec son corollaire inévitable la poursuite de la suppression de lits et la fermeture d'établissements. La "carte sanitaire" qui fixait des normes nationales par spécialité médicale disparaît. Cela va laisser le champ libre dans les établissements à des pratiques médicales différentes, soumises encore plus à l'exigence de la rentabilité financière.

Des fonds sont certes dégagés pour rénover les établissements hospitaliers. Ils seront cependant accordés, sans distinction, tant aux établissements publics que privés. Ainsi, l'argent public, déjà insuffisant pour les hôpitaux publics, bénéficiera aux établissements privés dont la seule logique est de faire toujours plus de profit pour leurs actionnaires.

l'argent public pour le privé

De plus, des structures communes entre le secteur privé et le secteur public vont être mises en place. Elles vont aboutir à un accroissement de la présence de lits privés dans les hôpitaux publics. Les cliniques privées, financées par l'argent public, s'installent dans les hôpitaux publics.

Ceux-ci vont d'ailleurs être dirigés comme des entreprises privées avec la mise en place d'une "nouvelle gouvernance" qui vise à transformer les médecins en managers. Le maire, souvent trop sensible aux aspirations de ses administrés, ne présidera plus le conseil d'administration de l'hôpital. Le salaire au mérite est introduit et, mesure hallucinante, les CHS-CT risquent d'être supprimés dans les hôpitaux.

On le voit, le plan "hôpital 2007" aura pour conséquence un dépeçage rapide du service public hospitalier au profit d'une logique strictement financière.

Le 22 janvier, les personnels des hôpitaux seront en grève unitaire contre cette logique et pour imposer le développement d'un véritable service public hospitalier.