

Sauvetage de notre système de santé ou accélération de la privatisation ? Les annonces du Plan Santé

Note d'informations aux organisations de la CGT sur le Plan Santé de Macron 2023.

Le 6 janvier dernier, lors de la présentation de ses vœux aux soignant-e-s, le président Macron a précisé les contours d'un plan santé pour « l'avenir de notre système de santé ». Si pour une fois nous pouvons être en accord avec le président Macron, c'est bien sur l'absence totale d'annonces fortes et nouvelles : « *c'est une manière cruelle de dire que si le diagnostic était juste [en 2018 lors du dernier discours sur le sujet], le traitement n'était sans doute pas suffisant* ». Rien de nouveau sous le soleil donc.

On repart des mêmes constats et on accentue le mouvement de privatisation et de déconstruction de notre système de santé et de protection sociale.

Cette note est l'occasion de revenir sur ces annonces pour montrer qu'elles sont dans la continuité du Plan Santé 2022 ou des annonces de la [mission Flash sur les urgences](#), des EHPAD et dernièrement celle sur la pédiatrie.

Celles-ci ne sont pas ou peu chiffrées et portent une **vision du système de santé impliquant le privé** puisque porté par la médecine libérale et construit autour de la performance économique des structures de soins et d'accompagnements.

Quelles annonces pour le Plan santé 2023 ?

Les annonces du Plan santé sont nombreuses et extrêmement inquiétantes pour l'avenir de notre système de santé. Celles-ci sont structurées autour de 4 grandes orientations libérales :

1. [Modifications du temps de travail et des conditions de travail des soignant-e-s à l'hôpital public](#)
2. [Renforcement de la médecine libérale et développement de la télémédecine](#)
3. [Modification des modalités de financement du système de santé et de pilotage de l'hôpital, par une modification notamment de la gouvernance](#)
4. [Responsabilisation du patient dans son parcours de soins.](#)

1. Modifications du temps de travail et des conditions de travail

Le président Macron a indiqué vouloir revenir sur les 35 heures à l'hôpital public. Celles-ci seraient le symptôme d'une *hyperrigidité* de son organisation et seraient compensées par des heures supplémentaires souvent non payées ou déposées sur des comptes épargne temps qui ne pourront être mobilisés.

Face à cette situation, la solution proposée par le président est donc de revenir sur les 35h pour intégrer ces heures supplémentaires au temps de travail normal des soignants (sauf médecins). Cela signifie la généralisation des 12h (qui se voulait être un temps de travail dérogatoire). C'est en fait **une double peine** puisqu'il s'agirait à la fois d'augmenter le temps de travail pour les soignant-e-s et finalement de diminuer leur rémunération, les heures normales étant évidemment moins payées que les heures supplémentaires ne permettant pas le cumul d'heures sur un compte épargne temps.

Avec l'augmentation du temps de travail, le président annonce sa volonté que les questions d'**organisation du temps de travail** servent aussi au dégagement de temps soignant : dans cet objectif il faut craindre encore la généralisation des 12h qui se voulait être un temps de travail dérogatoire.

Aussi, cette modification des 35h devrait être construite autour d'une autonomie très importante des services quant à la question des plannings et du temps de travail, cette marge de manœuvre est facilitée par la mise en place de CSE dans la FPH et les ordonnances Macron favorisant les accords locaux.

L'objectif serait donc une forme d'auto-organisation des services via un pouvoir renforcer des chefs d'établissements, de services et des cadres de santé, **en diminuant de fait le pouvoir de négociation dans un cadre de garantie collective**. On demande aux travailleurs-euses de s'auto gérer, donc de **gérer eux-mêmes la pénurie**, de supprimer leur RTT, congés payés, d'envisager les passages en 12h....

Cela pourrait induire une sélection au recrutement telle que la mise en place du travail le dimanche par exemple.

Intégrer des heures supplémentaires déjà faites dans le temps de travail des soignant.e.s ne changera pas le nombre d'heures disponibles... à moins de faire encore travailler plus les soignant.e.s ! Finalement, rien n'est dit sur la problématique la plus importante, celle du manque criant de personnel soignant et hospitalier quel que soit le métier. Enfin, toujours aucune annonce d'ampleur sur le manque de place en formation, rien non plus sur l'attractivité, bien qu'il s'agisse de problématiques bien antérieurs à la crise du COVID et que celle-ci n'a fait que renforcer.

Dans le même objectif de baisse du « coût du travail » la question de la délégation d'actes est placée au cœur du soi-disant plan de sauvetage du système de santé. L'angle du débat n'est pas situé sur l'évolution des métiers qui demande des moyens d'accompagnement sérieux (formations, reconnaissance) mais sur la gestion de la pénurie de personnels qualifiés et la baisse de la reconnaissance salariale des qualifications.

Ces délégations d'actes s'organisent dans un cadre trop peu sérieux et soumis aux pressions budgétaires pour donner toutes les garanties de sécurité et de qualité aux conditions de travail des professionnels chargés de nouvelles responsabilités et donc aux prises en charge. Transformer des métiers et des pratiques réglementé-es dans un contexte de pénurie et d'austérité est dangereux.

Plutôt que de revenir sur les 35h, ce sont donc des recrutements massifs, un partage du temps de travail, un grand plan de formation, la reconnaissance des années d'études adossées au contrat d'étude, l'abrogation de parcours sup et des salaires décents dont a besoin notre système de santé.

2. Renforcement de la médecine libérale et de la télémédecine

S'il est indéniable que nombre de médecins généralistes libéraux ne peuvent pas exercer correctement leurs missions de prise en charge globale des patients dans les territoires ruraux, la logique de l'incitation et le soutien à la médecine libérale n'est néanmoins pas la solution aux maux du système de santé.

C'est pourtant la réponse proposée par le président Macron en 2018 et repris par le ministre de la Santé et de la prévention en 2022 dans son rapport sur la mission Flash « urgences » et une nouvelle fois dans ce plan Santé. Faire du neuf avec du vieux pour mieux reculer.

Rappel sur la mission Flash « Urgences » : en juin 2022, F. Braun qui n'était pas encore ministre de la santé proposait déjà dans son rapport de ne pas défendre la contrainte

d'installation et de faire supporter sur la médecine de ville libérale les besoins croissants des populations. Il s'agissait donc d'inciter financièrement les médecins pour qu'ils fassent d'eux même les bons choix d'installation et de stimuler la télémédecine pour pallier les manques de médecins dans certains territoires. Six mois plus tard, même constats et même propositions.

Macron ne revient toujours pas sur la liberté d'installation et défend l'aide aux recrutements d'assistants médicaux (de 4 000 en ville aujourd'hui, ils devraient passer à 10 000) pour permettre aux médecins libéraux de se recentrer sur la pratique du soin. Il appelle aussi de ses vœux à un recentrage des soignant-e-s sur la pratique du soin à l'hôpital et à un rapprochement voire à des mutualisations des emplois administratifs des services de soins. Le rôle des généralistes doit être revalorisé mais sans revenir sur le fonctionnement de la médecine libérale, sans jamais s'interroger sur leur coût réel. Enfin, la télémédecine devrait venir pallier les manques et l'hôpital généraliser l'ambulatoire. Faire du neuf avec du vieux pour mieux reculer.

Ces propositions donnent donc la part belle à la pratique libérale. Pourtant, et étonnement, le constat effectué aurait dû amener à d'autres conclusions. **En effet, sur les 5 dernières années, la densité médicale a baissé passant de 79,8 à 77,8 médecins généralistes pour 100 000 habitants étant entendu qu'il y a des grandes divergences entre les territoires.** La médecine libérale est de moins en moins en capacité de jouer son rôle de prise en charge de premier recours et pourtant elle se voit confirmer de plus en plus de tâches. Aussi bon nombre de médecins ne sont plus désireux de travailler seul et de manière isolée, plus de 60 heures par semaine dans des territoires de plus en plus désertés par les services publics. Le salariat est de plus en plus plébiscité par les médecins et les positions de la CGT sur le développement de centres de santé publics rattachés à un hôpital de proximité sont aujourd'hui l'une des pistes les plus sérieuses ! Elle fait écho à leur revendication sur la façon dont ils veulent exercer leur métier.

Contre les méfaits de la médecine libérale, ses choix, ses orientations, ses objectifs, il nous faut favoriser le **développement de centres de santé pluridisciplinaires** (secrétariats, médecins, infirmiers, kinés, psychologues....) dont la gestion doit être assurée par des établissements publics de santé, des collectivités locales, des structures coopératives ou des associations à but non lucratif, disposant d'un plateau technique et dans lesquels les soignant-e-s sont salarié-e-s et en lien avec les autres structures de soin et d'accompagnement. **Ces propositions existent notamment au travers des Unions pour la Gestion des Etablissements des Caisses de l'Assurance Maladie (UGECAM).**

Enfin, l'enjeu de moyen/long terme est celui de la formation des soignants et de la fin de parcours pour tous les métiers médicaux et paramédicaux, ainsi que des recrutements massifs.

3. Modification des modalités de financement du système de santé et de gouvernance de l'hôpital

Le 3eme ensemble d'annonces du président Macron tient à la modification du financement du système de santé. Il a annoncé à horizon des débats sur le PLFSS 2024 une réforme du mode de financement des établissements de santé sur la base d'objectifs de santé publique, pour « *(re)créer davantage de coopération entre le public et le privé* » et « *mieux prendre en compte les spécialités les plus complexes et parfois les parents pauvres* ». Par un tour de passe-passe dont il a le secret, celui-ci a annoncé la fin de la Tarification A l'Acte (T2A) sans réellement y mettre fin.

➤ ***Pour comprendre : Qu'est-ce que la Tarification à l'Acte ou T2A ?***

- La tarification à l'Acte est aujourd'hui le principal mode de financement des établissements hospitaliers français aussi bien publics que privés.
- Ce mode de rémunération consiste à classer simultanément chaque patient-e à la fois dans une catégorie correspondant à sa pathologie et une catégorie correspondant à sa durée moyenne de séjour auquel correspond un tarif fixé à l'avance que percevra l'établissement.
- La T2A au sens strict représentait en 2020, 57% des dépenses hospitalières (ONDAM hospitalier), d'après la direction statistique du ministère de la Santé (DREES).

Concrètement, Macron n'a pas annoncé une sortie complète de la T2A mais le passage à partir du PLFSS 2024 à un financement par objectif combinant :

- Une part structurante basée sur des objectifs de santé publique négociés à l'échelle d'un territoire (à l'hôpital comme en ville) ;
- Une part attribuant des sommes supplémentaires sur les missions effectivement réalisées et leur complexité ;
- Une part constante de financement à l'activité globale de l'établissement.

La tarification à l'activité est un outil qui induit une gestion productiviste dans les établissements. Elle rémunère l'activité produite sur la base de tarifs pré définis en fonction des pathologies et des durées de séjours. Certaines activités deviennent ainsi moins rentables que d'autres comme la gériatrie, la psychiatrie...

La proposition avancée par le président porte sur l'instauration de nouveaux outils de gestion et signe un objectif de poursuite et d'accélération des transferts d'activités du secteur public vers le secteur privé.

Cette proposition n'induit aucunement l'élévation des budgets des établissements et la fin des enveloppes fermées alors que les besoins en effectifs, la réouverture des lits qui nous manquent cruellement l'exigent. Le PLFSS 2023, adopté par 49,3, porte à 3,7% l'augmentation des budgets des hôpitaux soit **2 points en dessous de l'inflation** ce qui implique évidemment la poursuite de la recherche d'économies notamment sur les personnels qui représentent 2/3 des budgets des hôpitaux. **Ainsi la variable des effectifs et des salaires est bien au cœur des propositions et décisions du président et de la majorité actuelle.**

Quels sont les objectifs réels d'une telle modification ? Un lecteur averti y verra tout simplement l'intégration des revendications des acteurs privés d'un renforcement de la dépendance du public vis-à-vis du privé. Effectivement, il s'agit de faire supporter tout un ensemble de mission du service public par le privé ainsi que de transformer le financement d'un ensemble de spécialité plus complexe qui ne sont aujourd'hui pas rentable pour le privé. En effet, la spécialisation de nombreux hôpitaux privés sur des pathologies standardisées et bien définies par la T2A a permis une captation par le privé d'une part importante des activités dites rentables. Mais pour celui-ci, il y a toujours des « gisements de performance » comme le montre la privatisation massive des centres de dialyses.

La transformation du financement va entraîner une augmentation de la dépendance vis-à-vis de la médecine libérale. Aujourd'hui au cœur de la médecine de ville le secteur privé prend en charge des pathologies ou de spécialités plus complexes, donc il gagne des parts de marché.

[La Fédération de l'Hospitalisation Privée \(FHP\) se félicite d'ailleurs dans un communiqué](#) du développement de la « *contractualisation autour d'objectifs de santé publique* » qui doit « *concerner l'ensemble des acteurs, publics comme privés, selon les mêmes modalités et avec les mêmes moyens* ». **En somme, il s'agit d'accélérer par ces transformations du financement la privatisation du système de santé.**

Le renforcement d'un « *tandem administratif et médical* » (Directeur généraux et président de CME) dans la gouvernance des hôpitaux est un leurre qui change la nature du rôle des médecins qui se voient ainsi responsabilisés quant à la gestion de la pénurie alors qu'ils devraient avoir une indépendance vis-à-vis de l'administration pour pouvoir défendre l'adaptation des moyens au besoins de la population comme l'exige le serment d'hypocrate.

Ainsi la gouvernance des hôpitaux est dictée par les budgets et non à partir des besoins. En évoquant les CNR territoriaux qui devraient aboutir à des contractualisations entre différents partenaires concernés par l'organisation du système de santé en fin d'année, le président avance là sur la gouvernance territoriale de notre système qui viendra sans nul doute affaiblir la place des hôpitaux publics jusque-là pivot du système.

4. Responsabilisation du-de la patient-e

Le 4eme ensemble d'annonces porte sur la logique de la responsabilisation du-de la patient-e. A l'image du *Forfait Patient Urgence* de 19.61€ mis en place en 2020, comme nous le rappelions dans le Mémo Sécu n°4¹, le Plan Santé est centré sur l'idée qu'il faut responsabiliser des patient-e-s profiteurs ou irresponsables : "*Trop de temps médical est gaspillé par un excès d'imprévoyance et de rendez-vous non honorés*". Il ajoute aussi que « *À force de lever toutes les barrières à l'accès aux soins, la santé n'a plus de prix, de valeur. Il y a parfois de l'imprévoyance, de la désinvolture* ».

Cette position est parfaitement identique aux discours tenus durant la crise des urgences qui voulaient que celle-ci soit le fruit d'un recours trop important des Français à la médecine d'urgence.

L'objectif du président Macron est donc de faire culpabiliser les patient-e-s, considérant qu'ils sont trop nombreux à être irresponsables dans leurs choix d'accès aux soins. Ils seraient la cause première de la montée en charge dans les services causant ainsi une crise du système de santé. Pas un mot pour les problèmes que rencontrent les professionnels de ces services qui font face à une triple épidémie dans une France en crise, et qui recherchent des solutions réelles pour soulager les patient-e-s.

Non le patient n'est pas responsable.

Si aujourd'hui le système de santé, qu'hier tout le monde nous enviait, est dans un état si préoccupant s'est bien du fait d'**une logique de concurrence généralisée, de la création d'une pénurie de médecin largement négociée entre l'état et les médecins libéraux et d'un appauvrissement organisé de la Sécurité sociale dont les premières victimes sont les usagers et l'hôpital public.**

Alors qu'il a rappelé lors de ces vœux que la santé n'était pas un service comme un autre, le président Macron entend poursuivre et accélérer sa politique libérale en favorisant le développement des grands groupes lucratifs alors que la question qui doit être posée est l'exclusion des activités marchandes que cela soit sur les questions d'organisation de la santé ou de financement.

¹ L'ensemble des Mémo Sécu sont disponibles sur le site : <https://analyses-propositions.cgt.fr/>

L'exemple d'Orpea est significatif. Alors que ce groupe marchand est au cœur d'un scandale incontestable et en faillite, le président Macron tente de le sauver, notamment en faisant appel à la caisse des dépôts et de consignation. Or la faillite devrait être prononcée et la filière EHPAD du groupe mis sous tutelle dès aujourd'hui.

Alors que les assurances complémentaires en santé ont des frais de gestion les plus élevés au monde, que les mutuelles sont en train de perdre des « marchés », la sécurité sociale continue à être fragilisée notamment par les politiques d'exonérations de cotisations et le développement de rémunérations non soumises à cotisations (primes, intéressement).

L'égalité de traitement sur tout le territoire est un principe constitutionnel largement bafoué aujourd'hui. Les failles de notre système sont à l'origine de défauts de prise en charge pouvant aboutir à la mort. Les représentants politiques en sont responsables.