



«Refondation du système de santé»?

Publié le 20 janvier 2023 par Michèle Leflon



L'auteur propose une démarche cohérente pour une refondation du système de santé en crise. Ses grands axes sont l'emploi, les formations, les salaires et un service public hospitalier et ambulatoire dynamique. Elle développe particulièrement des propositions concrètes pour la formation et pour l'organisation des soins primaires. Elle n'oublie pas d'organiser le financement général de cette transformation par des propositions concernant l'assurance maladie.

Abstract :

The author proposes a coherent approach for an overhaul of the health system in crisis. Its main axes are employment, training, wages and a dynamic hospital and outpatient public service. In





particular, it develops concrete proposals for training and for the organization of primary care. It does not forget to organize the general financing of this transformation through proposals concerning health insurance.

Des emplois, des formations, des salaires, un service public partout et pour toutes et tous !

L'hôpital craque, alors même qu'il est le seul recours dans bien des cas pour la population du fait de la pénurie de médecins généralistes et/ou spécialistes en ville. La santé de la population de notre pays est mauvaise, comme en témoigne deux études officielles récentes, l'une confirmant l'importance des inégalités sociales de santé et l'autre une remontée de la mortalité néonatale.

Le constat ne doit pas conduire à cautionner l'idée qu'il n'y a rien à faire : des solutions sont possibles pour autant que le gouvernement en ait la volonté politique. Cet argumentaire vise à développer les propositions que peuvent porter les communistes dans les luttes actuelles :

- un grand plan de formation
- une nouvelle politique de l'emploi à l'hôpital
- la montée en puissance du service public dans l'organisation des soins primaires en ville (et à la campagne)
- des financements, possibles et nécessaires
- et dans l'actualité, l'élaboration des plans régionaux de santé.

Le constat

L'hôpital craque : en réalité, ce sont des milliers de soignants, de professionnels hospitaliers qui craquent. Plus de trente ans de baisse organisée des dépenses de santé sur le dos des personnels et voilà le résultat. Pour rester dans les enveloppes ONDAM (objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), les différents gouvernements ont impulsé la fermeture de lits, de services, de maternités, de services d'urgence, de chirurgie, de services de psychiatrie, au nom de l'intérêt des patients : le « tout ambulatoire », la « sécurité », le « parcours de soins », etc... ! Les pressions sur les hospitaliers, accompagnées du blocage des salaires, des promotions, des formations, et cela dans un contexte de gestion comptable et autoritaire, ont abouti à une usure généralisée au travail, à la perte de sens, au découragement, à la crise du recrutement...





Autant de réalités régressives qui ont abouti aux mobilisations de 2018/2019...

Après la première phase haute de l'épidémie, jusqu'en juin 2020, les hospitaliers ont assuré, dans des conditions généralisées de pénurie de tout, et attendaient beaucoup des engagements du gouvernement.

Mais les maigres et dangereux résultats du Ségur de la Santé ont provoqué déception, colère, découragement jusqu'aux fuites massives de soignant-e-s dès l'été 2021. L'année 2022 a vu le processus s'accélérer, avec notamment la crise des services d'urgence, le manque de personnels et de lits d'aval. Le gouvernement, avec la « mission flash » de juin s'est engouffré dans « cette crise » pour entériner les fermetures de services et privilégier, toute honte bue, la médecine libérale de ville alors même que celle-ci, victime des décennies de numerus clausus, n'assure plus la réponse aux besoins de la population dans de très nombreux territoires. Le gouvernement privilégie d'ailleurs plus globalement les services de santé privés.

En centrant les difficultés sur les urgences, le gouvernement fait aussi oublier que ce ne sont pas seulement ces services qui sont en difficulté, mais que tout le système de soins et de prévention ne répond pas aux besoins des populations, y compris et particulièrement la psychiatrie. Lits fermés, dégradation des conditions de travail, départs de soignants : la spirale de casse de l'hôpital public fonctionne bien. La pénurie de soignants est aussi utilisée, à travers les primes diverses et statuts précaires des personnels pour mettre à mal le statut de la Fonction Publique Hospitalière et des praticiens hospitaliers avec des conséquences dramatiques sur la désintégration des collectifs de travail et donc la qualité des prises en charge.

Quelques chiffres :

- Un cinquième de la population vit dans des « déserts médicaux »
- Environ 10% de postes vacants d'IDE et d'AS dans les établissements de santé
- Près de 130 000 IDE ont quitté leur établissement depuis le 1^{er} janvier 2022
- Plus de 40% de postes vacants de psychiatres hospitaliers

Dans un tel contexte, le risque majeur serait de cautionner l'idée qu'il n'y a rien à faire...si ce n'est d'attendre 10/15 ans ! D'ailleurs, en l'absence de mesures immédiates donnant aux facultés le moyen de former plus de médecins, la situation sera pire dans 10/15 ans. En cohérence avec notre approche globale qui place l'humain au cœur de notre projet de société, qui propose une autre utilisation de l'argent et développe le





projet de Sécurité Emploi Formation, il y a la place pour des objectifs à gagner maintenant, multiples, et pour amorcer les ruptures nécessaires pour la refondation de l'hôpital public et son insertion dans un système de santé public digne du 21^e siècle ! Une bataille d'envergure doit s'engager autour d'un plan d'urgence pour faire face à la pénurie de personnels, pour la décennie 2022/2030

Un grand plan de formation

* La nécessaire suppression de Parcoursup dépasse le cadre des professions du soin. Cette sélection, toute récente dans les études d'infirmières, y montre déjà son caractère pervers !

* Former dès cette année 15 000 médecins et 1500 à 1600 chirurgiens dentistes par an

- Doter l'Université des moyens nécessaires : recrutements d'enseignants – moyens matériels, organisation des lieux de stages, de formation pratique).
- Démocratiser les études et prioriser le recrutement dans le service public (hôpital, centres de santé, médecine préventive) par un salaire pendant les études en échange d'un engagement de service public de 10 ans.
- Réformer les études de médecine : le premier cycle doit être réformé pour assurer un parcours d'accès cohérent, efficace et égalitaire ajoutant au haut niveau d'exigence scientifique un haut niveau de sciences humaines. La double porte d'entrée en deuxième année entre étudiants de PASS et LAS est inégalitaire et incohérente. Un premier cycle commun à l'ensemble des professions de santé pourrait être mis en débat.
- Revaloriser la médecine générale avec une approche nouvelle globale des études médicales autre que la juxtaposition de spécialités enseignées par des hyper spécialistes. Des stages en soins primaires doivent permettre de découvrir la médecine ambulatoire avant le choix des spécialités. La répartition des places entre spécialités doit faire l'objet d'une concertation reposant sur les besoins locaux afin d'orienter les étudiants vers la médecine générale qui est en déshérence et les spécialités déficitaires y compris de médecine préventive (médecine scolaire, médecine du travail).

* Former dans toutes les professions du soin

- Dans l'immédiat les objectifs de créer/former 100 000 emplois pour les hôpitaux et 200 000 pour les EPHAD (pour aller à 300 000 d'ici 3 ans) doivent devenir une



obsession de tout instant : ce sont des objectifs à minima en regard de l'ampleur des départs, notamment des IDE et sages-femmes. Une première évaluation chiffre les besoins dans les IFSI à au moins 363 000 places dès cette rentrée 2023.

- Notre proposition d'emploi/formation a toute sa place pour tous ces métiers afin d'élargir le recrutement social et prioriser le recrutement à l'hôpital public et les centres de santé. Dès cet automne 2022, en étroite lien avec la rentrée universitaire, l'hôpital public, dans tous les territoires, doit faire l'objet d'une expérimentation à grande échelle pour organiser le pré-recrutement de soignants sur la base d'un engagement réciproque : financement des formations contre service à l'hôpital...
- Pour ses formations relevant essentiellement de la compétence des régions, des dotations spécifiques de l'État pourraient contribuer à leur développement.

* Développer de nouveaux métiers

Par ailleurs, il y a toute légitimité à prendre l'offensive pour instaurer de nouvelles compétences, mettre en place les formations ad hoc, les rémunérer en conséquence à contrario du « transfert de compétences » qui gère la pénurie, notamment de médecins. A la différence de la substitution d'activités des médecins vers des infirmières en pratique avancée moins payées, livrées à elles-mêmes avec des protocoles déshumanisants, il s'agit d'améliorer les prises en charge par un travail complémentaire au sein d'une véritable équipe à l'hôpital ou dans les centres de santé. C'est aussi la réponse à l'aspiration de nombreux professionnels de montée en qualification au cours de leur carrière professionnelle.

Un plan de formation pour l'hôpital public

Aucune politique active de recrutement n'est possible sans changer radicalement de braquet dans la gestion des personnels : d'abord pour garder les personnels en poste, et pour recréer les conditions d'attractivité pour tous les métiers. Cela nécessite :

* Des négociations véritables pour

- retrouver un niveau de salaires décents pour toutes les catégories soignantes,
- titulariser tous les emplois précaires,
- restaurer des instances représentatives décisionnelles notamment sur l'organisation et conditions de travail...



* L'amélioration des conditions de travail : cela veut dire des embauches mais aussi le respect de l'éthique professionnelle, la reconstitution d'équipes stables dans les services, l'intégration des soignants dans la décision à tous les niveaux.

* Une véritable politique de promotion interne. L'hôpital doit reprendre son rôle de promotion sociale qu'il avait joué. La limitation drastique actuelle des formations longues (par exemple les aides-soignantes admises dans des écoles d'infirmières se voient refuser le financement de leur formation) est particulièrement absurde dans la période actuelle.

L'État pourrait abonder spécifiquement le budget des hôpitaux en ce sens.

* La stabilisation sans délai de la situation des professionnels de santé étrangers hors UE

* L'arrêt de l'hémorragie d'emplois de soutien à l'activité soignante (logistique, technique ...) et des embauches pour permettre aux soignants de se recentrer sur le soin et recréer les conditions d'efficacité et de sécurité qui font si cruellement défaut aux hôpitaux. Cela suppose de combattre les regroupements au sein des GHT (groupement Hospitalier de Territoire) et les fusions administratives, éloignant ces fonctions des lieux de soins.

Il s'agit évidemment de transformer complètement la gestion de l'hôpital public pour qu'il réponde aux besoins des populations et à l'éthique des soignants : arrêt de l'étranglement financier, des restructurations, privatisations, procédures qualité transformées pour être incitatives et non punitives, réouverture de lits, de services pour assurer la proximité ... cf le plan d'urgence pour les hôpitaux présenté par le PCF en 2018.

L'organisation des soins primaires

En continuité des réformes précédentes, l'axe de bataille du ministre F. Braun, traduit dans les 41 mesures de sa mission flash est d'entériner le rétrécissement de l'hôpital public recentré sur des missions d'expertise, et faire de l'organisation des soins primaires dispensés par les acteurs libéraux le cœur du système de santé ! Or, nous avons besoin d'un hôpital fort, répondant à des missions généralistes et spécialisées, avec des équipes complètes stables, articulée à un service public ambulatoire, dans une complémentarité et une reconnaissance réciproque. Les Communautés



professionnelles de territoire de santé (CPTS) sont le cheval de Troie ! Si même, malgré tous les outils mis à disposition par les ARS, celles-ci ont eu du mal à se mettre en place (la coopération n'étant pas la première qualité de la médecine libérale !), elles commencent à prendre de la visibilité sur les territoires ; certaines ont joué un rôle véritable notamment pendant la crise sanitaire et particulièrement là où les centres de santé se sont investis...

* Notre proposition d'un véritable service public de soins primaires construit autour d'un réseau de centres de santé pluriprofessionnels publics prend toute sa résonance et sa force, au regard de l'attractivité d'un emploi salarié dans une équipe constituée et pluridisciplinaire pour de jeunes médecins, et femmes médecins : il est vérifié par le paradoxe que représente la création de centres de santé dans des zones déficitaires, alors même que des cabinets libéraux ne trouvent pas preneurs. Au sein des CPTS qui ont légitimité pour organiser la coordination et la coopération des soins et accompagnement, avant et après l'hospitalisation, le développement des centres de santé est une véritable alternative pour les soins primaires. Le développement de ce service public permettrait l'installation d'une autre culture que celle de l'exercice libéral qui est dominante aujourd'hui, alors qu'il s'agit de professionnels dont les revenus sont socialement sécurisés. l

* Des conditions immédiates doivent être restaurées afin que la coopération nécessaire entre la médecine de ville et l'hôpital se fasse sur des bases saines et non-préjudiciables à la prise en charge de la population :

- Encadrer la liberté d'installation en mettant en place maintenant un conventionnement sélectif pour tenir compte de l'inégalité de densité médicale sur le territoire. Cette régulation, nécessitée aujourd'hui par l'incurie des décisions politiques antérieures ne peut être la répartition de la pénurie. Elle n'a de sens qu'en redonnant espoir dans l'avenir et suppose donc que des signes positifs soient envoyés à travers la mise en œuvre des mesures proposées ci-dessus, faisant accepter des contraintes. C'est une question de santé publique...
- Organiser la permanence de soins ville/hôpital : il faut rétablir l'obligation de la permanence médicale (gardes, astreintes...) pour tous les médecins, dans le respect de nouvelles règles négociées avec les organisations syndicales médicales (motif d'exemption...). Les CPTS doivent assumer ce rôle qui leur est confié. Cette obligation de la permanence des soins doit concerner aussi les spécialistes des établissements privés, qui pourraient venir renforcer la permanence dans les établissements publics. Ce partage de la pénibilité éviterait des fuites dans le privé, parfois liées simplement à cette non obligation dans le privé.



- Supprimer le secteur 2 (et donc les dépassements d'honoraires) c'est une mesure de salubrité publique pour s'attaquer au renoncement des soins.
- Rééquilibrer les revenus des médecins: entre privé et public pour en finir avec la concurrence déloyale, entre spécialités dans le libéral. Cela devrait être à l'ordre du jour des négociations de la prochaine convention.

À efforts exceptionnels de formation et d'embauche, financements exceptionnels !

Au regard des quelques 160 milliards d'aides publiques octroyées aux entreprises par le gouvernement au moment fort de la crise du COVID, nous pouvons légitimement poser la question publiquement : quels efforts exceptionnels pour préserver et développer notre système de santé public, quels investissements dans l'emploi, la formation, les qualifications, pour que la population puisse tout simplement exercer son droit à la santé, son droit à accéder aux soins hospitaliers et de ville de qualité et de proximité, dans l'égalité sur tout le territoire ? Compte tenu de l'envergure de la problématique du déficit des effectifs et de la situation globalement dégradée des hôpitaux publics et du système de santé, il nous faut envisager une multitude de batailles pour réorienter l'argent pour des dépenses sociales nécessaires et efficaces et mobiliser des ressources financières immédiates : l'enjeu est bien d'enclencher le processus de rupture avec l'organisation de la pénurie qui nourrit la privatisation de notre système de santé !

Nous pouvons retenir plusieurs niveaux de bataille :

+ A l'hôpital, dans les structures de soins et EHPAD :

C'est d'abord dans les établissements que nous sommes le mieux en mesure d'évaluer le besoin d'effectifs, de formation de rémunérations. C'est bien en rapport avec l'activité, l'exigence de soins de qualité et en sécurité que nous pouvons créer le rapport de force. Ce sont bien les budgets hospitaliers qui doivent retrouver les marges financières nécessaires pour aborder sereinement la réorganisation des équipes, le paiement de leurs compétences et contraintes. Nos propositions immédiates sont plus que jamais d'actualité : exonérations de la taxe sur les salaires et récupération de la TVA, reprise intégrale de la dette des hôpitaux, financement des gros investissements hors budget Sécurité sociale.

+ Regagner l'autonomie financière de la Sécurité sociale



Au cœur de notre projet de société, la Sécurité sociale doit retrouver toute sa place pour financer les dépenses sociales utiles et nécessaires en dehors du marché. A l'heure où certains confondent prestations sociales financées par les cotisations et « allocations » financées au « bon plaisir du roi », le devenir de la Sécurité sociale d'Ambroise Croizat doit faire l'objet d'une bataille organisée et rassembleuse comme jamais.

La situation de l'hôpital public et ses besoins énormes d'emplois et de formation appelle autre chose que les préconisations de l'Assurance Maladie : soit 30 propositions qui se soldent par une énième « économie » de 1, 2 milliard pour le PLFSS 2023 ! Redonnons de la visibilité à nos propositions pour développer les recettes de la Sécurité sociale à la hauteur des besoins immenses : fin des exonérations, et surtout urgence à augmenter les recettes en s'attaquant au coût du capital : les indécents profits sur le dos du monde du travail et de la population, la distribution dithyrambique de dividendes 2021/2022 donne de la consistance à notre proposition, applicable dès le PLFSS 2023, d'une cotisation additionnelle sur les revenus financiers des entreprises : sur la base des chiffres de 2018 c'est plus de 100 milliards pour l'ensemble de la Sécurité sociale et 42,5 milliards pour l'Assurance maladie. L'augmentation des cotisations patronales, en faisant surcotiser les entreprises nocives pour l'emploi et l'environnement permettrait de nouveaux financements pour l'autonomie réintégré dans l'Assurance Maladie

+ Garantir des financements exceptionnels

Autant de batailles qui nous sont coutumières et nécessaires mais qui ne suffiront pas à financer cet effort de création d'emplois, de formations et de salaires. Notre proposition de Fonds européen social économique et environnemental, abondé par la BCE, pour faire face aux immenses besoins de financement, doit sortir du « ghetto militant » et faire l'objet de batailles circonstanciées.

Dans l'actualité : la préparation des plans régionaux de santé

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont actuellement dans la préparation des plans régionaux de santé pour les 5 ans à venir. Cela doit nous permettre d'alimenter nos luttes, d'allier notre bataille pour l'élaboration démocratique des besoins et les exigences de rouvrir des place dans les IFSI et autres écoles, de proposer des solutions innovantes pour de nouvelles compétences, d'exiger des implications fortes dans la



formation. Rappelons que nous ne sommes pas pour des investissements des régions dans les hôpitaux : ce serait un désengagement de l'État et une perte d'égalité entre les territoires.

Conclusion

Au moment où Macron 2 use de tous les artifices en son pouvoir, pour dévoyer l'immense inspiration de démocratie à tous les niveaux (« conseil national de la refondation, conventions citoyennes, référendum »... !), notre atout politique réside bien en notre capacité à être sur le terrain et créer les conditions d'expression des besoins, d'élaboration, et de mobilisation. Les déserts médicaux, le manque cruel d'effectifs, la crise existentielle de l'hôpital public, le besoin de retour de celui-ci sur tous les territoires, pour toutes et tous, appellent à un processus d'appropriation citoyenne et d'intervention dans un rassemblement actif et créateur des professionnels, usagers et élus qui peut vraiment « faire bouger les lignes », embauche par embauche, réouverture de tel ou tel service, rouvrir une maternité !

Pour citer cet article :

Michèle Leflon, « [Refondation du système de santé ?](#) », *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, N° 43, Décembre 2022.

