

# Comment et pourquoi l'hôpital public français est-il en train d'être détruit ? – Dossier établi par Hippocrate et la Commission Santé de l'UPR.

[upr.fr/actualite/comment-et-pourquoi-lhopital-public-francais-est-il-en-train-detre-detruit-dossier-etabli-par-hippocrate-et-la-commission-sante-de-lupr/](https://upr.fr/actualite/comment-et-pourquoi-lhopital-public-francais-est-il-en-train-detre-detruit-dossier-etabli-par-hippocrate-et-la-commission-sante-de-lupr/)

March 24,  
2020



L'actuelle pandémie de coronavirus ("covid-19") est l'occasion pour l'UPR de publier un dossier approfondi sur l'état de notre système hospitalier.

La crise que traverse le monde hospitalier, depuis plusieurs années déjà, ne constitue que les prémices d'une mort annoncée. Les manifestations et les grèves régulières qui l'affectent nous le rappellent constamment.

Le fait est que nos hôpitaux et leurs personnels, déjà au bout du bout, ne pourront que très difficilement absorber un afflux supplémentaire de patients contaminés. Comme en Italie, il va falloir faire le tri entre les malades à sauver et ceux que l'on va laisser mourir, faute de moyens matériels et humains.

Pour mieux comprendre cette situation révoltante, nous décrirons dans les deux parties de ce dossier :

**1. Les difficultés que rencontre au quotidien un hôpital pour se financer.**

**2. Les origines profondes de cet effondrement progressif du système, engagé depuis plusieurs années déjà, et menant à terme à la privatisation complète de notre système de santé.**

***Nous soulignons que les mécanismes qui vous sont présentés dans ce dossier ne sont jamais explicités aux Français par quelque média que ce soit. C'est extrêmement regrettable.***

## **1<sup>re</sup> PARTIE — Un système hospitalier déjà à bout**

---

Le 28 février dernier, le Dr François Salachas a interpellé le président de la République lors de sa visite à la Pitié-Salpêtrière : **« On est au bout et vous n'êtes pas là. »**

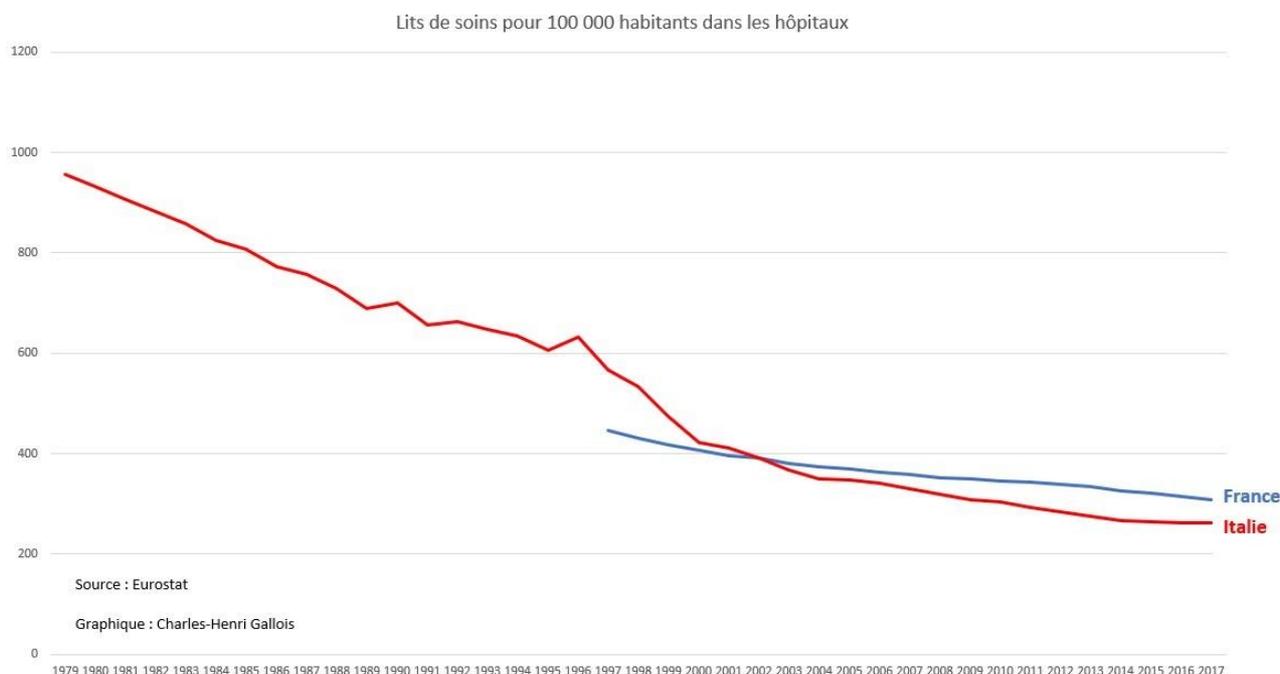
Il expliquera un peu plus tard sur LCI : « On ne peut passer sous silence le fait que le personnel hospitalier a alerté depuis plusieurs mois sur la situation dramatique des hôpitaux publics, et c'est sur cet hôpital fragilisé que va survenir cette crise sanitaire. »



Le 6 mars, le président de la République a déclenché le plan blanc dans tous les hôpitaux de France afin de faire face à la crise sanitaire causée par le coronavirus. Déjà sous tension, tant au plan financier qu'au plan des ressources humaines, les établissements hospitaliers donneront comme toujours le meilleur d'eux-mêmes. Mais cela suffira-t-il ?

Actuellement, la France dispose de 5 000 lits de réanimation. Le nombre de personnes détectées porteuses du covid-19 ne cesse d'augmenter, les cas les plus graves également, et certains services de réanimation commencent à saturer.

**Ce problème de saturation devait tôt ou tard se poser au regard de la diminution du nombre de lits de réanimation, entamée depuis quelques années déjà, et que le grand public ignore.**



*(Données non disponibles pour la France avant 1997.)*

Le problème de pénurie de masques a quant à lui été nettement plus médiatisé ces derniers temps.

Que voit-on ? Des soignants en première ligne portant un simple masque chirurgical. Or ce type de masque chirurgical est un dispositif médical permettant de réduire la diffusion de microbes par les personnes malades. Ainsi, quand le malade tousse ou éternue, les gouttelettes émises, remplies de virus, se trouvent piégées.

Bien différents sont les masque dits **“FFP2” ou “FFP3”**, qui protègent quant à eux des virus qui viennent de l’extérieur. Porteur d’un tel masque, le soignant est ainsi protégé du SARS-CoV-2 (autre nom du covid-19).

**Il serait donc non seulement normal et nécessaire, mais même obligatoire de par la loi, que tout soignant en contact direct avec un patient, infecté ou non au covid-19, porte actuellement ce type de masque FFP2 ou FFP3. Agir autrement, c’est envoyer sciemment le personnel soignant vers la maladie et ses complications.** On a d’ailleurs appris, le 23 mars au soir, que **5 médecins sont déjà morts du coronavirus.**

Cette mise en danger de la vie du personnel soignant est dû à l’impréparation, à l’amateurisme et aux perpétuelles économies de bout de chandelle imposées par les injonctions venues de la Commission européenne et de la Banque centrale européennes.

Devant ce scandale, l’ancien Premier ministre Jean-Pierre Raffarin a eu une idée : il propose d’**attribuer la Légion d’honneur aux médecins morts du coronavirus !**

La vérité est qu’il est actuellement impossible de protéger l’ensemble du personnel soignant en raison du manque de masques.

On apprend ainsi que la France n'a pas de masques ni pour les soignants, ni pour les citoyens, car l'immense majorité de **ceux-ci sont dorénavant fabriqués, même pas en Europe, mais... en Chine** ! Le risque est d'autant plus élevé pour les médecins, infirmiers ou kinésithérapeutes libéraux puisque, s'ils sont infectés faute de masques, ils voient des populations particulièrement à risque.

**Quant aux réserves stratégiques que l'État détenait, on a appris que celui-ci y a renoncé depuis une dizaine d'années déjà.**

Le ministre de la Santé, Olivier Véran, a précisé le 3 mars lors des questions à l'Assemblée que, depuis le virus H1N1 de 2009-2010, il a été décidé en 2011 que « la France n'avait pas à faire de stocks d'État des fameux masques FFP2. Il n'y a donc pas de stocks d'État de masques FFP2 ».

***La mauvaise gestion de ce gouvernement atteint un sommet d'irresponsabilité quand on voit que, le 19 février, la France envoyait 17 tonnes de dispositifs médicaux, dont des masques, à la Chine !***

À ce jour, **le 23 mars au soir, il y a désormais 860 décès, soit 186 de plus que la veille, avec au total 19 856 cas dépistés.**

Qu'en sera-t-il les jours prochains ? Combien y en aura-t-il ? Faut-il trouver cela étonnant avec tous les problèmes que l'on vient de décrire ? Le virus se développe de façon exponentielle, et les jours à venir vont ressembler à un tsunami sanitaire. Voir [ici pour un suivi en temps réel de la pandémie](#).

## **Le financement des hôpitaux : la tarification à l'activité**

---

**L'hôpital, depuis déjà bien longtemps, n'a plus les moyens ni d'embaucher du personnel, ni d'acheter du matériel.**

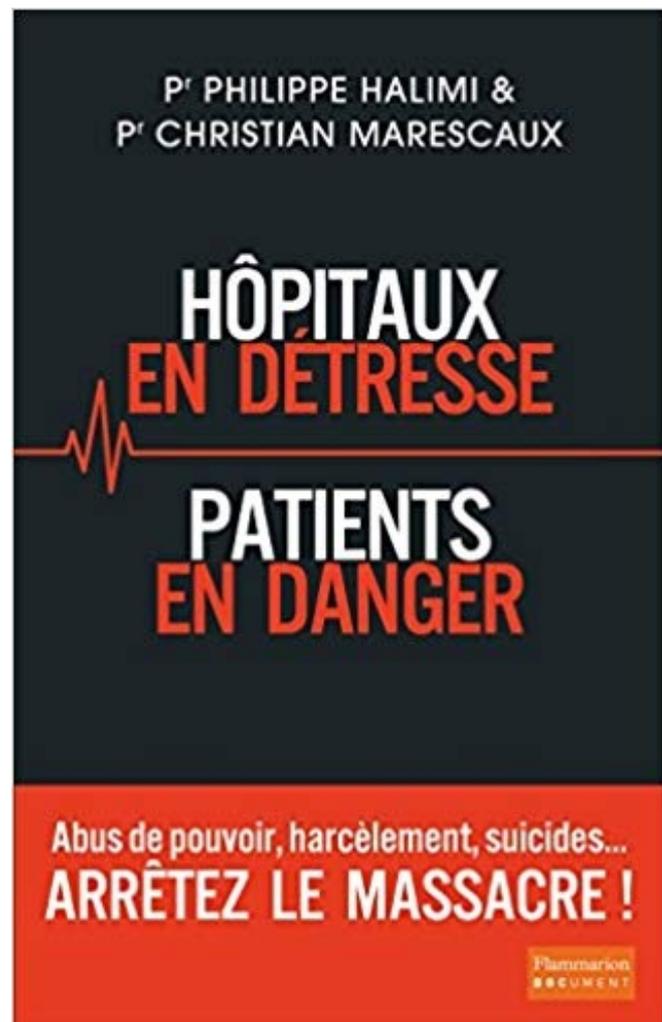
Mais comment a-t-on pu en arriver là, alors que la France avait le meilleur système de santé au monde ? Alors que la France est l'un des pays les plus riches au monde ?

Comment sont financés aujourd'hui les établissements publics de santé, et notamment les hôpitaux ?

*Dans le livre Hôpitaux en détresse, patients en danger (2018), les auteurs (qui ne sont rien de moins que chef du service de radiologie à l'hôpital Georges-Pompidou à Paris pour l'un, et neurologue ancien chef de l'unité neurovasculaire de l'hôpital universitaire de Strasbourg pour l'autre) expliquent crûment que « la mission d'un directeur d'hôpital n'est plus de soigner les gens, mais de faire des économies ».*

L'hôpital public se doit, comme son nom l'indique, d'accueillir tout le public, tout citoyen dont l'état de santé nécessite une surveillance, des soins, une intervention. La santé est la plus grande des richesses. Comme le dit l'adage, elle n'a pas de prix mais elle a un coût.

Comment est-elle financée ?



## Rappel historique

La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 a mis en œuvre la "dotation globale de financement" des hôpitaux. Indépendamment de son activité, l'hôpital perçoit une somme d'argent appelée « dotation globale » (DG) versée par la caisse primaire d'assurance-maladie de sa circonscription afin d'assurer une trésorerie adaptée. Ces sommes proviennent des diverses cotisations des salariés, des employeurs...

Jusqu'en 2003, cette DG était calculée en fonction du nombre de journées d'hospitalisation et était reconduite chaque année sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Pour les établissements privés à but lucratif, ces derniers facturaient directement à l'assurance-maladie, sur la base de la « nomenclature des actes ».

Les établissements de santé connaissaient ainsi des modes de financement différents, selon qu'ils étaient publics ou privés (source : ministère des Solidarités et de la Santé, financement des établissements de santé).

En 2002, Jean-François Mattei, alors ministre de la Santé, lance le plan « Hôpital 2007 ». Un plan contraignant afin de diminuer les dépenses de santé. Dans son discours de novembre 2002, il annonce la mise en place de « la tarification à l'activité incitative ».

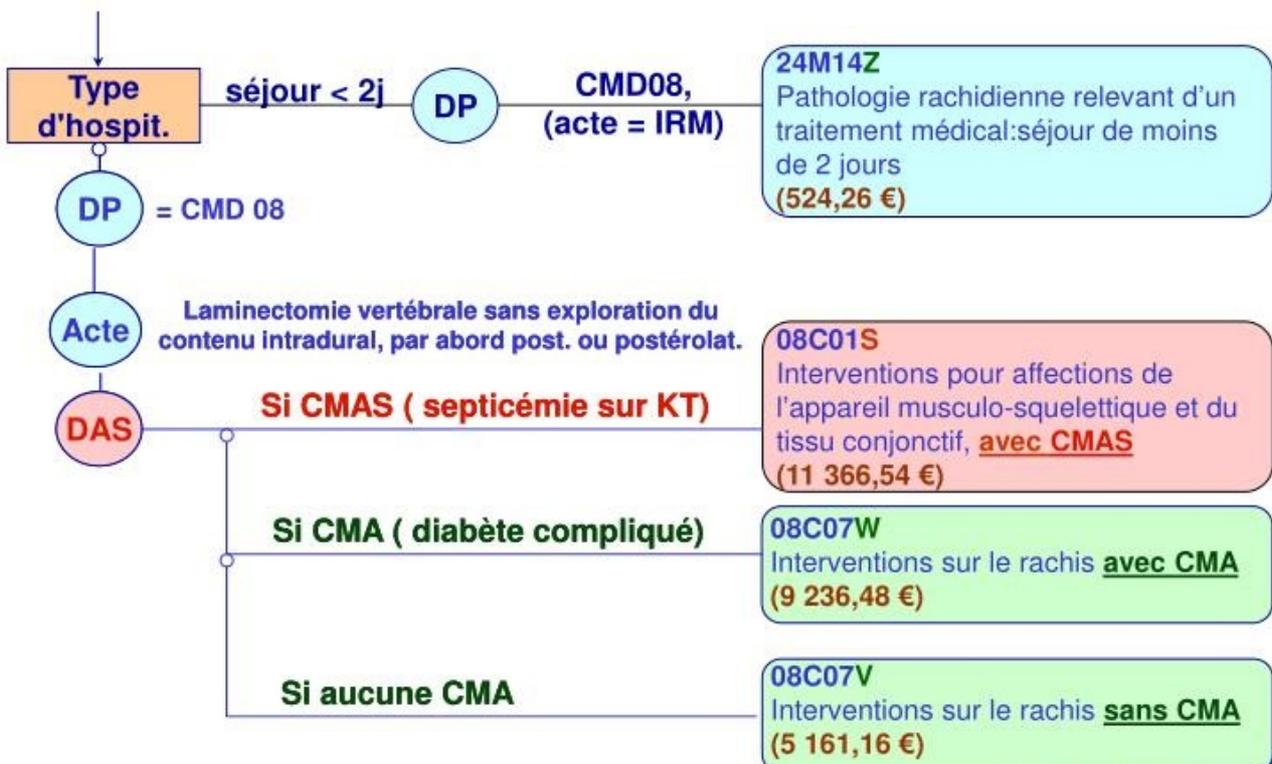
L'idée est de passer de la DG à un système de tarification à l'activité (T2A) ou « tarification à la pathologie », système copié sur le mécanisme d'allocation des ressources appliqué aux États-Unis par les *health maintenance organizations* dans le cadre du programme Medicare. La tarification à l'activité était née, **reposant sur l'attribution d'un montant en fonction des pathologies et de la "durée moyenne de séjour" (DMS) du patient.**

## Concrètement, comment cela se passe-t-il à l'hôpital ? Un peu de technicité

Un patient est hospitalisé dans un service de soins (médecine, chirurgie, obstétrique, car seules ces spécialités sont en T2A — pour les autres spécialités, les financements sont différents). Il est pris en charge par les équipes médicale et paramédicale qui lui prodiguent des soins et consignent le tout dans un dossier sur papier ou informatisé selon l'établissement.

Une fois le patient sorti, l'équipe de l'unité d'information médicale (UIM) (1) prend alors en charge le dossier du patient pour le transformer en code. Le dossier contient les pathologies, mais également les carences, les résultats d'examens, les infections... un vrai travail de fourmi. Il va ainsi livrer une véritable enquête sur ce qui a motivé l'entrée du patient et sa durée de séjour.

### Ex : Prise en charge d'un canal lombaire étroit



o = condition non satisfaite

Un exemple (simple) de tarification à l'activité.

Le codage s'effectue sur un logiciel spécifique qui, à l'issue de « l'enquête », va, selon un algorithme, donner la valorisation du séjour, c'est-à-dire la somme que « rapporte » l'hospitalisation du patient.

Sont donc prises en compte les pathologies du patient, l'algorithme attribuant une DMS ("durée moyenne de séjour") propre à chaque pathologie.

Au-delà de cette DMS standard, l'établissement n'enregistre plus de recettes. Par exemple, dans le cas d'un patient entrant à l'hôpital pour une prothèse totale de hanche, la durée moyenne de séjour est de neuf à onze jours. Si le patient rencontre des difficultés pour se mouvoir, l'établissement s'arrangera pour ne pas le garder, car il ne gagnerait pas plus d'argent. Mais si une infection ou une complication se manifeste, cela augmentera la valorisation du séjour. Dans ce cas-là, il pourra séjourner un peu plus longtemps à l'hôpital. **Cela explique que les sorties après une hospitalisation peuvent parfois sembler très prématurées.**

La codification effectuée, cette dernière est envoyée sur une plateforme (e PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information sur Internet) qui enverra ensuite la totalité de la somme à l'établissement quatre mois plus tard.

**Avec la T2A, nous sommes donc dans une logique purement comptable, où un algorithme détermine la durée de séjour d'un patient.**

**Cela relève d'une logique très particulière, d'origine américaine comme dit précédemment, qui donne la primauté absolue au critère de l'argent. Du point de vue médical et humain, c'est évidemment une ineptie, pour ne pas dire un scandale !**

Bien entendu, toute règle et toute procédure engendrent des effets pervers. Or l'adoption du nouveau système en a entraîné de nombreux.

Ainsi, l'émission Cash investigation a révélé en 2015 que les hôpitaux, contraints du fait de la T2A à maximiser leurs entrées d'argent, en viendraient à adapter leurs stratégies thérapeutiques en fonction de considérations financières.

Ils feraient ainsi appel à des sous-traitants privés pour exécuter le travail de leurs UIM, moyennant rémunération (6 à 18 % du « chiffre d'affaires » récupérés). **Non seulement ces sous-traitants violeraient le secret médical en confiant ces tâches administratives à des personnels non médicaux, mais en plus les pratiques de surfacturation ne seraient pas rares...**



## Ce que le public ignore

---

Deux problématiques viennent s'ajouter à cette logique comptable, problématiques que seuls connaissent les services d'information médicale.

- **Tous les ans, au 1<sup>er</sup> mars, il y a une « baisse des tarifs ».** Cela signifie que, pour le code d'une pathologie donnée, la valeur baisse (2) par rapport à l'année précédente, et ce pour beaucoup de codes.

Ce qui signifie également, pour l'établissement, une manne financière amoindrie par rapport à l'année précédente. Cette baisse des tarifs a été gelée l'année dernière et augmentée d'un insignifiant 0,2 %, et pour les années à venir également. Une goutte d'eau dans l'océan financier des établissements hospitaliers.

- **La visite programmée, en moyenne tous les deux ans, d'inspecteurs de la Sécurité sociale.** Ceux-ci viennent vérifier la codification effectuée. Bien évidemment, ils visent à la contredire car c'est leur métier. Ils recalculent la valorisation de nombreux séjours inspectés et y ajoutent des pénalités.

Le nombre de dossiers revus dépend de l'importance de l'établissement. Par exemple, pour un établissement moyen de 3 600 agents, il y a en moyenne entre 800 et 1 400 dossiers contrôlés. Les sanctions infligées à l'encontre de l'établissement n'ont ni minimum ni maximum. Il arrive parfois que des établissements importants (d'environ 5 000 personnes) se voient infliger une sanction de plus d'un demi-million d'euros !

Ainsi, **pour que l'établissement engrange la même somme que l'année précédente, il devra travailler plus.** Mais, comme les finances sont dépendantes de l'activité, l'établissement débute chaque année dans un flou financier, et cela alors même qu'il doit produire son "état prévisionnel des recettes et des dépenses" (EPRD) pour l'année.

Les établissements doivent également faire face au glissement vieillissement technicité (GVT), notion de variation de la masse salariale à effectif constant, aux carrières du personnel, aux dépenses imprévues (octroi d'une prime par le gouvernement aux soignants...).

### **Pour chaque établissement hospitalier, il est donc impossible de connaître par avance quelles seront ses recettes.**

Les charges de personnel d'un hôpital représentent en moyenne 70 % de son fonctionnement et sont peu compressibles. Les autres dépenses quant à elles augmentent sans cesse, obligeant l'établissement à travailler toujours plus pour se maintenir à l'équilibre (source : Fédération hospitalière de France) et mettant sous pression constante ses personnels soignants, administratifs et techniques.

Coincés entre des recettes structurellement et délibérément orientées à la baisse et des dépenses structurellement orientées à la hausse, les établissements hospitaliers n'arrivent plus à être à l'équilibre, et n'arrivent plus à investir.



*En décembre 2015, le professeur de cardiologie Jean-Louis Mégnien se suicide sur le lieu de son travail. Comment est-ce concevable ? Quatorze mois plus tard, dans le même établissement, c'est au tour d'un infirmier de faire de même. Il s'agit pourtant du très*

*prestigieux hôpital Georges-Pompidou...*

**Dans la seconde partie de ce dossier, nous exposons les origines profondes de cette situation catastrophique.**

## **2<sup>e</sup> PARTIE — L'Union européenne est à l'origine profonde du manque de moyens des hôpitaux français**

---

Nous avons décrit l'effondrement de notre système de santé publique et illustré la façon dont cela est géré politiquement, c'est-à-dire un peu comme si l'on voulait éteindre progressivement une grosse machinerie complexe.

**Nous allons maintenant étudier les origines profondes de ces choix politiques, puisqu'il s'agit bien de choix politiques délibérés, et à quoi ils vont nous conduire.**

Il faut savoir que, chaque année, le gouvernement français publie, en annexe du projet de loi de Finances (PLF), et du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), un document méconnu, le **Rapport économique, social et financier** (RESF). Méconnu au point qu'il ne dispose même pas de page Wikipedia...

Pourtant, ce RESF a le mérite d'être bien plus digeste que ces deux gros pavés que sont le PLF et le PLFSS, qui comptent des milliers de pages et dont certaines annexes font plusieurs centaines de pages...

Impôts, TVA, taxes, prélèvements à la source, RSA, prime d'activité, SMIC, CICE, TICPE, fiscalité écologique, CSG, minimum vieillesse, retraites, ISF, IFI, Sécurité sociale, AAH, APL, CAF, financement des services publics, des écoles, des hôpitaux, de la justice, des pompiers, de la dépendance, chômage, etc., **c'est dans l'élaboration de ces deux lois (LF et LFSS) qu'est scellé le sort de tous ces sujets, et pas ailleurs.**

Il faut savoir que, **du fait de son appartenance à l'Union européenne, le gouvernement français est tenu chaque année de présenter à la Commission européenne, par le biais du RESF, la politique budgétaire qu'il compte mettre en œuvre pour appliquer les « recommandations » dictées par la Commission.**

En voici un exemple, tiré d'une annexe du RESF 2018 pour le suivi des recommandations en 2017. : **comme on le voit, il n'y est question que d'injonctions de réduire encore et toujours les dépenses publiques pour la santé.**

## Suivi des recommandations pays 2017<sup>1</sup> – Liste des mesures depuis le Programme national de réforme d'avril 2017

Recommandation	Sous-recommandation	Mesures	Fait	En cours / À venir
CSR 1	Se conformer à la recommandation du conseil du 10 mars 2015 au titre de la procédure concernant les déficits excessifs. <b>Poursuivre des efforts budgétaires importants en 2018, conformément aux exigences du volet préventif du pacte de stabilité et de croissance</b>	Retour pérenne du déficit sous les 3% du PIB dès 2017  Dispositions du PLF 2018 et du <b>PLFSS 2018</b>  Dispositions du PLPFP 2018-2022	Décret d'avance et décret d'annulation sur le budget de l'État du 20 juillet 2017 et autres mesures d'économies	À la suite de l'audit des comptes publics demandé par le Gouvernement à la Cour des comptes, des mesures d'urgence ont été prises dès l'été 2017 pour sécuriser le retour sous les 3% de déficit : un décret d'avance et un décret d'annulation de crédits ont permis d'économiser plus de 3,3 Md€ et des mesures de régulation ont permis de générer environ 1,0 Md€ d'économies supplémentaires.  La loi de programmation des finances publiques pour les années 2018-2022 permettra par ailleurs de sécuriser un retour pérenne sous les 3% : le déficit sera de 2,6 % du PIB en 2018 et malgré le double coût de la transformation du CICE en allègements généraux de charge, le déficit resterait inférieur au seuil des 3% en 2019.
	En tenant compte de la nécessité de conforter la reprise actuelle et de garantir la soutenabilité des finances publiques de la France	Trajectoire de redressement des comptes publics du PLPFP 2018-2022  Grand plan d'investissement (GPI)		La trajectoire de finances publiques retenue par le Gouvernement pour le quinquennat repose sur un déploiement progressif des mesures d'économies en dépense et la mise en œuvre rapide de baisses d'impôts. Cette montée en charge permet à la fois de répondre à l'objectif de redressement des comptes publics et de soutenir la reprise en cours de l'activité.  Au-delà du rythme du redressement des comptes publics, la composition et la qualité de la dépense publique permettront d'améliorer la soutenabilité des dépenses : le Grand plan d'investissement, en plus d'un soutien de l'activité à moyen terme, prévoit une modernisation de l'action publique qui générera des gains de productivité et des économies durables. Le financement du GPI est intégré dans la trajectoire de finances publiques de la LPFP.

Et bien entendu rebelote l'année suivante, pour l'annexe du RESF 2019 portant sur le suivi des recommandations de 2018 : **il faut réduire encore et toujours les dépenses publiques pour la santé, en 2019 comme en 2018, de même que c'était demandé en 2017, 2016, etc., et que cela devait être demandé en 2021....**

## Suivi des recommandations pays 2018 Liste des mesures depuis le Programme national de réforme d'avril 2018

Recommandation	Sous-recommandation	Mesures	Fait	En cours / À venir
CSR 1	<b>Veiller à ce que le taux de croissance nominale des dépenses publiques primaires nettes ne dépasse pas 1,4 % en 2019, ce qui correspondrait à un ajustement structurel annuel de 0,6 % du PIB</b>	- PLF pour 2019 - <b>PLFSS pour 2019</b> - LPFP 2018-2022		Le taux de croissance de la dépense publique en volume sera ramené à 0,2% en moyenne sur le quinquennat (à champ courant, c'est à dire hors effet du reclassement de France Compétences), soit un rythme nettement inférieur à la moyenne observée sur le dernier quinquennat (+0,9 %), ce qui permettra une réduction de la dépense publique de plus de 3 points à horizon 2022.  Maîtrise des dépenses de santé : L'objectif national des dépenses d'assurance maladie sera de 2,5 % pour 2019, comparé à 2,3 % en 2018.  Collectivité territoriales : L'objectif d'évolution nominale des dépenses réelles de fonctionnement des collectivités territoriales sera maintenu à 1,2 % en moyenne sur le quinquennat conformément à l'article 13 de la LPFP 2018-2022.
	Utiliser les recettes exceptionnelles pour accélérer la réduction du ratio d'endettement public	10° du I de l'article 34 de la LOLF détaillé dans les LFI  Article 7 de la LPFP 2018-2022	La LOLF, détaillée chaque année en LFI, et la LPFP prévoient l'affectation des recettes exceptionnelles à la réduction du déficit public et donc de la dette publique.	
	<b>Réduire les dépenses en 2018 et pleinement préciser les objectifs et les nouvelles mesures nécessaires dans le contexte de l'Action publique 2022, afin qu'ils se traduisent en mesures concrètes de réduction des dépenses et de gain d'efficacité dans le budget 2019</b>	- LFI et LFSS pour 2018 - PLF pour 2019 - <b>PLFSS pour 2019</b> - LPFP 2018-2022 - CAP 22	Des travaux de réflexion ont déjà abouti en vue de réformes sur les thèmes suivants : fonction publique, audiovisuel public, administration fiscale et douanière, éducation, emploi et formation professionnelle, réseau de l'Etat à l'étranger, organisation territoriale des services publics.	- Finalisation des plans de transformation ministériels, qui regroupent les réformes structurantes sur un horizon pluriannuel. En particulier, concernant la transformation de l'organisation territoriale des services publics, un travail de concertation sera mené par les préfets de région d'ici mi-octobre 2018 en vue de décisions du Gouvernement d'ici la fin de l'année 2018.

On voit ainsi qu'à plusieurs reprises dans cette annexe du RESF (1), le PLFSS est régulièrement et explicitement présenté comme une « mesure » pour répondre à la recommandation de la Commission de réduire les dépenses publiques.

**Dans ces conditions, il n'y a pas à s'étonner d'un effondrement de la qualité des soins que les centres hospitaliers sont en capacité de prodiguer.**

**Et seuls les aveugles ou les politicards menteurs professionnels refuseront de reconnaître que la destruction progressive de l'hôpital public résulte directement de notre soumission aux injonctions constantes – année après année – de la Commission européenne.**

Et voici maintenant les grandes orientations des politiques économiques (GOPÉ), ou « recommandations », auxquelles répondent ces mesures évoquées dans les RESF.

- (11) Les dépenses de santé n'ont cessé d'augmenter au fil des ans. Les dépenses totales ont été estimées à 11,5 % du PIB en 2017, soit le niveau le plus élevé parmi les pays de l'UE membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Une nouvelle réforme du système de santé a été annoncée à l'automne 2018, et un projet de loi présenté le 13 février 2019. Cette réforme ne pourra réussir que si un cadre juridique et organisationnel clair, créant les bonnes incitations et promouvant la collaboration entre les acteurs publics et privés, est mis en place. La réforme annoncée du système de santé ne prévoit pas de révision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette norme de dépenses concerne un tiers des dépenses de sécurité sociale. Bien qu'il soit respecté depuis 2010, l'ONDAM a déjà été relevé à trois reprises depuis 2017. Pour la période 2018-2020, l'objectif de croissance des dépenses initialement fixé à 2,1 % a été porté à 2,3 % dans la loi de finances 2018, puis à 2,5 % dans la loi de financement de la sécurité sociale 2019. Ce relèvement permettra de tenir compte dans une certaine mesure des dépenses supplémentaires liées à la mise en œuvre du plan «Ma santé 2022».

Ainsi, de façon à peine voilée, **la Commission européenne recommande à la France, dans ce rapport des GOPÉ 2019, de faire progressivement basculer son système de santé du secteur public vers le secteur privé.**

Autre exemple tiré, lui, des GOPÉ 2018.

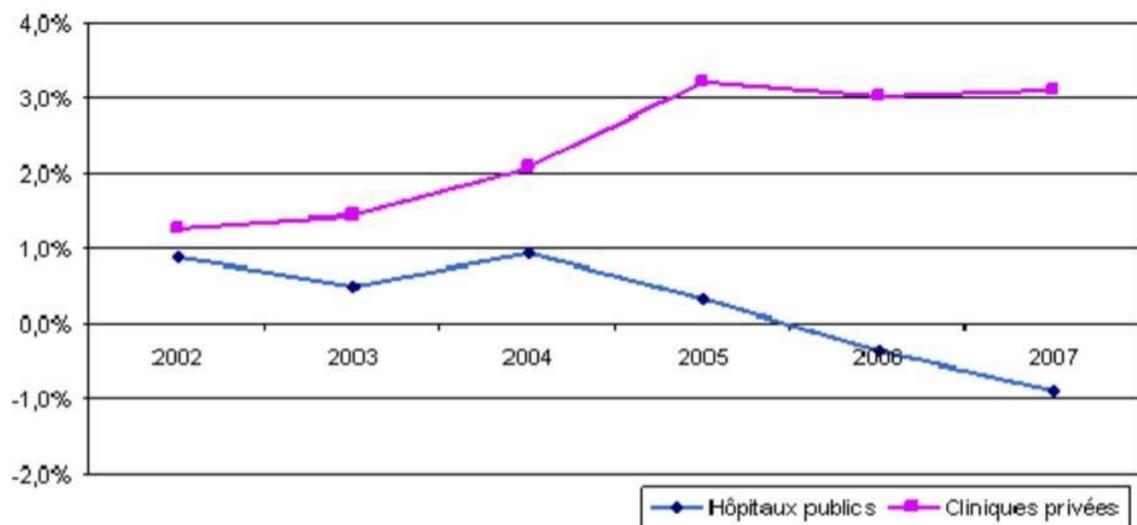
- (18) Les services marchands ont représenté plus de 50 % de la valeur ajoutée, 40 % de l'emploi et 20 % de la valeur ajoutée des exportations de l'industrie manufacturière en 2016. Toutefois, bien qu'elle ait un impact sur l'ensemble de l'économie, la concurrence dans le secteur des services marchands reste entravée par des exigences réglementaires et des contraintes administratives, qui empêchent aussi les entreprises de se développer. Des réformes dans le secteur des services pourraient, à condition d'être suffisamment ambitieuses et intégralement mises en œuvre, avoir une incidence positive considérable sur l'économie. Il y a lieu, pour prioriser les efforts de réforme, de tenir compte de l'importance et de la performance économiques des sous-secteurs de services. Une approche fondée sur des indicateurs, utilisée pour déterminer les réformes prioritaires dans le secteur des services, a mis en lumière un certain nombre de services aux entreprises (activités d'architecture et d'ingénierie, activités juridiques et comptables, services administratifs et de support), ainsi que le commerce de détail, les services d'hébergement et de restauration et la santé. Dans le domaine spécifique des services professionnels, la loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques («loi Macron») du 6 août 2015 a assoupli les restrictions, mais uniquement dans un nombre restreint de professions (juridiques pour la plupart). De plus, des actes ultérieurs ont dilué l'esprit de cette loi et en ont donc limité aussi les effets attendus. Des réformes supplémentaires pourraient cibler

Il faut lire très attentivement ce paragraphe pour se rendre compte que, **pour la Commission européenne, la santé est considérée comme un « service marchand » au même titre que tout autre, et sa mise en concurrence devrait lui permettre de se « développer ».**

**Parler de développement et de valeur ajoutée n'a évidemment pas de sens lorsqu'il est question d'un service public. Sauf si on considère que l'on va tout faire passer sous un régime privé.**

D'ailleurs, dans un rapport officiel daté de 2009 (il ne semble pas en exister de plus récent), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) évoque, sans complexe, le « taux de rentabilité » des hôpitaux publics. C'est très révélateur de l'imprégnation libérale qui règne dans notre haute administration publique.

**Graphique 3 - Évolution des taux de rentabilité économique des établissements publics ex-DG et privés à but lucratif sur la période 2002 – 2007**



**Rentabilité économique = résultat / produits (ou CA)**

La divergence public-privé est ici flagrante, et tout le monde est implicitement sommé d'admettre qu'à terme, une structure « non rentable » est vouée à disparaître...

Poursuivons notre analyse des GOPÉ (rapport de [2016](#)).

- (8) Il n'est pas possible de réaliser d'importantes économies à court terme sans ralentir considérablement la croissance des dépenses de sécurité sociale, qui représentent plus de la moitié des dépenses publiques. Le système de retraite pourrait rester déficitaire sur le court à moyen terme, notamment dans des conditions macroéconomiques défavorables. De plus, les réformes des retraites menées précédemment ne devraient permettre de réduire le haut niveau actuel du ratio des dépenses publiques de retraite qu'après 2025. **La France s'est fixé des objectifs ambitieux pour 2016 et 2017 afin de limiter la croissance des dépenses de santé. Ces objectifs pourraient être complétés par des efforts supplémentaires visant à identifier des gains d'efficacité sur le moyen à long terme.**

Tel que c'est ici rédigé, on pourrait penser que ces objectifs « que la France s'est fixés » sont à l'initiative propre du gouvernement français. Sauf qu'en réalité ces « objectifs » ne sont que la conséquence des GOPÉ de l'année précédente...

La preuve avec les [GOPÉ 2015](#).

- (9) Il sera essentiel d'intensifier les revues de dépenses et, pour que celles-ci produisent les résultats attendus, de recenser de larges domaines de réduction des dépenses. La France devrait veiller à ce que les objectifs de réduction des dépenses tiennent compte du taux d'inflation proche de zéro. Dans le même temps, les économies résultant des coûts plus faibles que prévu de la dette publique, du fait de taux d'intérêt plus bas, devraient être consacrées à la réduction du déficit. Par ailleurs, **il est impossible de dégager à court terme d'importantes économies sans ralentir considérablement la croissance des dépenses de sécurité sociale**, qui ont représenté 26 % du PIB en 2014, soit près de la moitié des dépenses totales du secteur public. Des économies de 11 milliards d'EUR sur les dépenses de santé sont prévues pour 2015-2017, mais **des efforts supplémentaires seront nécessaires pour limiter les hausses de dépenses dans ce domaine. Il est notamment possible de renforcer encore la mise en œuvre des politiques de maîtrise des coûts dans le domaine des prix des médicaments et des dépenses hospitalières.** Le déficit du système de retraite pourrait continuer à se creuser dans les années à venir et les réformes des retraites menées précédemment ne suffiront pas à le combler. En particulier, le déficit imputable aux régimes des agents de l'État et des salariés des entreprises publiques continue de peser sur le déficit global du système de retraite. De plus, la situation macroéconomique a une grande incidence sur la viabilité du système de retraite, et notamment sur la situation des régimes de retraite complémentaire. Une action décisive doit être engagée pour rétablir la santé financière de ces derniers.

**Il est quand même assez humiliant pour le peuple français de découvrir qu'un document comme le PLFSS, clé de voûte de notre système de santé égalitaire et solidaire, est relégué au statut de simple « mesure » qui répond aux instructions d'une entité étrangère qu'il n'a même pas élue !**

**Rappelons au passage que ces GOPÉ ne passent même pas par les mains du Parlement européen ni par celles du Parlement français.**

Par quelle folie a-t-on pu en arriver là ?

Après la ratification du traité de Maastricht et la mise en place de l'Union européenne en 1992, puis la mise en place effective de l'euro à partir de 1999, Bruxelles a imposé aux États membres, et donc à la France, un changement de politique, et le respect d'un certain nombre de critères dits "de convergence" économique, inscrits dans ledit traité de Maastricht.

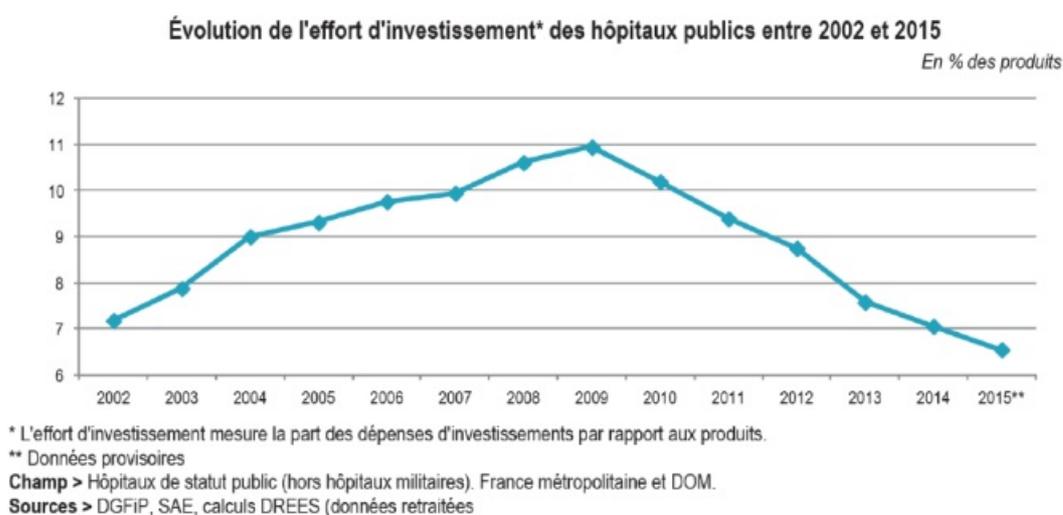
**La politique budgétaire restrictive, clé de voûte des GOPÉ, impose continuellement à la France de privatiser son système de santé et de diminuer ses dépenses publiques en matière de santé (en application des articles 106 et 121 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne).**

Et cela, bien entendu, **quels que soient les choix électoraux des Français : droite ou gauche sont sommés d'obéir aux engagements internationaux qui découlent de notre appartenance à l'UE, sous peine de voir la France déférée devant la Cour de Justice de l'Union européenne (sis à Luxembourg) et d'y être à coup sûr condamnée pour violation des traités.**

C'est pour cette raison que, lors du second mandat de Jacques Chirac (2002-2007), la "droite" a amorcé une série de « réformes » de l'hôpital par ordonnances, afin d'aller plus vite (loi d'habilitation n° 2003-591 du 2 juillet 2003, ordonnance n° 850 du 4 septembre de la même année). Et, comme nous l'avons montré dans la partie précédente de ce dossier, c'est durant cette période qu'est lancé le plan « Hôpital 2007 » instaurant la mise en place de la T2A...

Le graphique dramatique ci-dessous retrace la dégringolade de l'investissement dans les hôpitaux publics, qui a commencé à partir de 2009, sous la présidence dite "de droite" de Nicolas Sarkozy.

Mais la courbe a poursuivi exactement la même descente aux enfers à partir de 2012, sous la présidence "de gauche" de François Hollande.



*Graphique extrait du rapport 2016 sur « L'évolution des modes de financement des établissements de santé » (p. 85), rapport rédigé par le docteur... Olivier Véran !*

**Comme l'UPR ne cesse de le dire depuis sa création il y a 13 ans, ce système imposé par les traités européens et par les autorités bruxelloises vide donc complètement de sens nos élections nationales et le clivage droite-gauche.**

Cette stratégie politique a volé son consentement au peuple français sous couvert du "monde de bisounours" de la prétendue "construction européenne". Avec cynisme et fourberie, elle vise *de facto* à la disparition du service public et, par voie de conséquence, à l'effondrement des hôpitaux publics.

**Si les Français ne le comprennent pas, et ne se ressaisissent pas en urgence en comprenant l'impératif absolu de sortir de la basse en quittant l'Union européenne et l'euro, ils constateront à terme qu'ils ne disposeront plus que d'un système de santé à deux vitesses :**

- le système de santé public, en plein naufrage, transformé peu à peu en mouvoir destiné aux classes moyennes et populaires.
- le système de santé privé, dispensant une médecine et des soins de qualité, auquel seuls les plus fortunés pourront avoir accès.

Bien évidemment, le gouvernement français – qu’il soit “de droite” ou “de gauche”, peu importe – ne prendra jamais le risque d’expliquer ouvertement ces objectifs, préférant opérer subrepticement, d’année en année, un glissement progressif d’un système de santé public vers un système privé.



*Le 3 avril 2018, interviewé sur Europe 1, le professeur Philippe Halimi déclarait : « Il y a une tutelle administrative extrêmement lourde dans ce ministère [de la Santé][...] peut-être que certains n’ont pas forcément intérêt à développer une autre politique de santé pour l’hôpital public [...] et la ministre doit composer avec... »*

Ce qu’ignore très probablement ce professeur (et comment le saurait-il ?), c’est que **cette « tutelle administrative extrêmement lourde » passe notamment par un service tel que le Secrétariat général aux affaires européennes (SGAE), à l’origine de chaque édition du programme national de réforme (PNR) et vraisemblablement du RESF (2)...**

## Conclusion

À la lumière de ce dossier qui décrit les origines profondes de l’effondrement de notre système de santé public, les Français devraient pouvoir regarder avec un œil assez différent ce qu’ils subissent depuis tant d’années :

- **assurances santé complémentaires privées devenues obligatoires** (en 2009 sous la présidence Sarkozy), et très trompeusement appelées « mutuelles » ;
- **baisse continue des remboursements de médicaments**, quand ce ne sont pas des déremboursements complets ;
- **dégradation constante de la qualité des services publics de santé**, amenant nombre d’usagers à considérer, en toute bonne foi et très naïvement, que « c’est mal géré et qu’il n’y a qu’à tout passer au privé chez qui on est mieux ou plus vite reçu et soigné » ;

- alors que la qualité des services publics se dégrade, que le recours aux services privés **exige toujours plus de paiements supplémentaires pour les usagers** (surcomplémentaires, tarifs secteur libre, etc.), leurs impôts, taxes et « charges » ne diminuent pas...
- des allègements et exonérations de cotisations sociales consentis aux entreprises par le gouvernement qui ne sont pas compensés par l'État, alors que la loi Veil le lui imposait, **creusant ainsi de 4,2 milliards le déficit de la Sécurité sociale**, selon le Sénat (3).

Dans le tableau ci-dessous, tiré d'un document de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) relatif au PLFSS 2020, on peut voir précisément où la France compte, encore cette année, réaliser les économies exigées par Bruxelles. Toujours plus d'économies qui appauvrissent inéluctablement les établissements hospitaliers.

### b) **Économies à réaliser en 2020**

Tableau 25 : Économies attendues en 2020	
En M€	
<b>Structuration de l'offre de soins</b>	<b>1 045</b>
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	215
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	830
<i>Optimisation des achats</i>	585
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam à l'OGD</i>	245
<b>Actions sur les tarifs des produits de santé et remises</b>	<b>1 345</b>
Prix des médicaments	920
Prix des dispositifs médicaux	200
Remises sur produits de santé	225
<b>Pertinence et qualité des actes et des prescriptions</b>	<b>1 235</b>
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	205
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)	60
Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)	595
Promotion des génériques et biosimilaires	120
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	255
<b>Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports</b>	<b>265</b>
Transports	120
Indemnités journalières	145
<b>Contrôle et lutte contre la fraude</b>	<b>90</b>
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	90
<b>Gestion dynamique du panier de soins remboursé</b>	<b>205</b>
<b>Total Ondam</b>	<b>4 185</b>

Comme l'an passé, le gouvernement prévoit un effort d'économie de **4,2 milliards d'euros pour 2020** contre 3,8 milliards d'euros en 2019 sur la branche maladie. Parmi ces 4,2 milliards, **830 millions d'euros d'économies doivent être réalisés sur la « performance interne des établissements de santé et médico-sociaux »** contre 700 millions d'euros en 2019. Alors que l'année dernière il était précisé que parmi ces 700 millions, 50 millions d'euros d'économies portaient sur les ESSMS, pour 2020, la répartition prévue entre ESSMS et établissements de santé ne semble pas précisée.

**Rappelons à cette occasion que la contribution nette annuelle actuelle de la France au budget de l'UE (qui est amenée à augmenter dans le nouveau budget post-Brexit) correspond à la construction de 250 hôpitaux par an, ou à l'embauche de 350 000 infirmières !**

Avec un tel système, les hôpitaux ne seront plus jamais à l'équilibre, c'est une évidence.

**La T2A est une ineptie en soi ; comme nous venons de le voir, son objectif de fond est de progressivement supprimer le service public en l'étranglant financièrement et en le faisant entrer dans une course impossible à la rentabilité. Un point c'est tout.**

Il est utile également de **confronter ces réalités avec le premier discours hallucinant du président Macron sur le covid-19, le 12 mars 2020** :

*« Il nous faudra demain tirer les leçons du moment que nous traversons, interroger le modèle de développement dans lequel s'est engagé notre monde depuis des décennies et qui dévoile ses failles au grand jour, interroger les faiblesses de nos démocraties.*

*Ce que révèle d'ores et déjà cette pandémie, c'est que **la santé gratuite sans conditions de revenu, de parcours ou de profession, notre État providence ne sont pas des coûts ou des charges mais des biens précieux**, des atouts indispensables quand le destin frappe.*

*Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'**il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché. Déléguer notre alimentation, notre protection, notre capacité à soigner, notre cadre de vie au fond à d'autres est une folie.***

*Nous devons en reprendre le contrôle, construire plus encore que nous ne le faisons déjà une France, une Europe souveraine, une France et une Europe qui tiennent fermement leur destin en main. Les prochaines semaines et les prochains mois nécessiteront des décisions de rupture en ce sens. Je les assumerai... »*



Comment Macron peut-il oser tenir un tel discours quand, « en même temps », il se pose comme le chantre du mondialisme et de la privatisation de tout ?

Comment peut-il dire cela aux Français alors qu'il est le produit et l'exécutant mise en place par une oligarchie pour mener à bien ces idéologies ayant conduit à ce que nos hôpitaux ne soient plus en capacité, que nos médicaments et des dispositifs aussi banals que de simples masques ne soient plus fabriqués qu'à l'autre bout du monde, plaçant ainsi notre nation en situation de totale dépendance vis-à-vis de l'étranger ? (4)

**Comment peut-il lui-même qualifier de « folie » l'idéologie dont il est pétri et le serviteur zélé ?**

HIPPOCRATE avec le concours de la Commission Santé de l'UPR  
24 mars 2020

NOTA :

- HIPPOCRATE est le pseudonyme d'un adhérent fidèle de l'UPR, qui travaille depuis de nombreuses années dans le domaine de la santé et qui souhaite conserver l'anonymat pour des raisons professionnelles ;
- la Commission Santé de l'UPR regroupe des adhérents et sympathisants de notre mouvement qui travaillent dans différentes structures du monde de la santé

Vous avez relevé une erreur dans le contenu de cette page, et vous souhaitez la signaler ? Pour cela, surlignez-la, puis appuyez simultanément sur les touches *Ctrl* + *Entrée*. Nous procéderons aux corrections si nécessaire et dès que possible.



- [Mentions légales](#) -
- [Plan du site](#) -
- [Contact](#) -
- [Presse](#) -
- [RSS](#) -
- [La Boutique UPR](#) -
- Site officiel de l'Union Populaire Républicaine (UPR)