

*Plaquette Santé/Hôpital /système de santé- EVH*

*En l'an 2000, l'OMS classait la France comme premier pays pour son système de soins. Depuis selon les principaux indicateurs, le classement de notre pays se dégrade d'année en année et se situe ainsi à la 24<sup>ème</sup> place des pays industrialisés pour la mortalité prématurée !!*

L'hôpital public a tenu toute sa place, et bien au-delà , durant la crise sanitaire du COVID.

*Et malgré « le quoiqu'il en coûte » du président Macron, aujourd'hui la majorité de la population attachée à l'hôpital public, exprime ses fortes inquiétudes quant à son avenir...*

## **Etat des lieux**

Au-delà du vocable « hôpital », de quoi parlons-nous ?

Aujourd'hui les soins hospitaliers sont assurés par trois types de structures. Selon le dernier rapport de la Drees de juillet 2025 portant sur l'année 2023 (dernières données) :

- 2965 établissements de santé se répartissent comme suit : 1330 hôpitaux publics, 978 cliniques/hôpitaux privés et 657 établissements privés à but non-lucratifs
- 369 400 lits d'hospitalisation complète et 85 500 places (hospitalisation partielle)
- 685 services d'urgence assurant 20,8 millions de passages assurés essentiellement par le public

Depuis des années nous assistons à une baisse régulière du nombre de sites hospitaliers, plus marquée pour les hôpitaux publics : 4500 lits ont disparu en 2023

L'ensemble des établissements de santé emploie 1,3 millions de salarié.es dont 77% dans les hôpitaux publics : les effectifs ont augmenté de 1,9% contre 2,3% dans les établissements privés, tendance maintenue depuis...

Quant aux caractéristiques des prises en charge, elles sont marquées par le critère de rentabilité : elles combinent nature de l'hospitalisation et activités

Le privé lucratif s'est investi dans le développement de l'hospitalisation partielle (moins d'un jour), soit 49% et plus de 50% de la chirurgie ambulatoire. 8 séances de dialyse sur 10, 52% des séances de radiothérapie, contre 54% des séances de chimiothérapie dans le public

Les établissements de santé privés d'intérêt général (ESPIC) assurent 32% des séjours de longue durée (SLD) et 56% de l'hospitalisation à domicile (HAD), composée de 293 établissements ; celle-ci progresse depuis le COVID et représente près de 8% de l'ensemble des prises en charge

*Un encadré : les ESPIC entre le marteau et l'enclume*

*Le « tiers secteur » historique a perdu ses références au « service public » et son caractère intrinsèque de « non-lucratif avec la loi HPST en 2009, après une visée plus générale pour l'ensemble des hôpitaux publics...*

*Ces établissements ont subi aussi un fort mouvement de concentration, notamment dans le MCO avec un avantage aux grosses fondations.*

*Les ESPIC cumulent les désavantages du privé et du public. Cette ambivalence rend ce secteur particulièrement fragile, et les marchés financiers hésitent quant à l'avenir de ce secteur. Souvenons-nous de la note de la CDC en mars 2020, à la demande de Macron, qui, traçait une perspective pos-COVID : ainsi les rédacteurs de cette note militaient pour la création « d'un fonds de dette » qui devait s'adresser prioritairement aux mutuelles et fondations propriétaires d'ESPIC... Nous retrouvons là la volonté de certains zéloteurs libéraux de transformer le statut des hôpitaux publics en ESPIC...*

*Cette perspective s'appuie sur l'évolution actuelle, qui, au fil des jours obéit de plus en plus à des critères financiers, en faisant appel à des fonds privés, mutuelles et fondations agissant comme des acteurs privés.*

*Néanmoins, il ne faut pas mésestimer les atouts que comportent les ESPIC pour des prises en charge de qualité de la population : activités spécialisées de haut niveau bénéficiant d'un potentiel de recherche clinique et d'équipes universitaires, une démarche d'innovation toujours caractéristique de ces établissements*

*Ainsi les Centres de Lutte Anti Cancer (CLCC), avec leurs équipes de renommée et un statut protégé proposent une prise en charge globale des patients dans une organisation intégrée*

*Dans l'intérêt des patients et de la population, il serait opportun de favoriser les coopérations mutuellement avantageuses entre tous les établissements œuvrant pour la santé publique*

Quant aux **hôpitaux publics**, qui supportent un taux d'occupation de près de 80%, ils assurent 70% de l'hospitalisation complète, 77% en médecine, 65% des séjours en psychiatrie dont 61% en hospitalisation partielle, et aussi 89% en SLD

Ainsi, les hôpitaux publics continuent, dans des conditions dégradées (moins de lits) à assurer les prises en charge les plus complexes, exigeant du temps humain en nombre et disponible...

### **Les axes d'attaque sur l'hôpital public**

Alors que le système hospitalier public est au centre de la qualité et de la sécurité des soins dispensés dans notre pays, après plus de trente de construction, de formations, d'innovations, de coopérations, le choix politique des gouvernants qui se sont succédés, de faire peser sur les dépenses de santé les politiques d'austérité a ciblé comme première mesure la baisse de l'offre de soins : c'est une baisse continue des lits d'hospitalisation et la mise en place du Numerus clausus (NC)...

Toutes les « réformes » qui se sont succédées, n'ont eu qu'un objectif : « réduire les voilures de l'hôpital public ». Depuis le plan Juppé en 1995, la loi Douste-Blazy, la loi Bachelot, la loi Touraine, Buzyn, les dispositifs ont combiné « encadrement » des enveloppes budgétaires, transformation de la gouvernance et critères financiers de gestion : en un mot instaurer l'hôpital-entreprise à côté d'un secteur lucratif qui se redéployait pour prendre « des parts du marché » !

Conjointement à l'étatisation de la Sécurité sociale et la mise en place de l'ONDAM et des enveloppes fermées, la tarification à l'activité (T2A) a été l'arme fatale pour engager les hôpitaux publics à sacrifier les activités « non-rentables » ! Des secteurs entiers de l'hôpital public sont ainsi sinistrés comme les maternités, la gériatrie, la psychiatrie...

Toutes lesdites réformes se cumulent pour vider les hôpitaux de leur substance : dégradation des conditions de travail, maltraitance institutionnelle, perte de sens du travail, fuite des personnels...

Le processus de privatisation se confirme en interne et externe avec toutes les ouvertures offertes aux groupes de santé lucratifs, avec le financement à la clé...

*Un encadré : Pas d'argent public pour les actionnaires des groupes privés !*

*A l'instar des laboratoires de biologie médicale et de l'imagerie médicale, un important mouvement de concentration de l'hospitalisation privée à but lucratif s'opère depuis 2014. Cee mouvement de consolidation financière et capitalistique a été soutenu par les pouvoirs publics, notamment à travers le système financier comme la BPI, tandis que les acteurs du capital-investissement sont parvenus à multiplier leurs participations.*

*Quatre groupes dominant :*

- *RAMSAY-GENERALE DE SANTE à dominante australienne- 17% du marché et côté en bourse*
- *ELSAN (Vedici, Vitalia, Capio)- 20% de l'hospitalisation privée, à coup de LBO !*
- *VIVALTO-Santé, avec participation des banques françaises*
- *ALMAVIVA, avec participation de la BPI...*

*Ces groupes sont structurellement soumis à un impératif de rentabilité, donc de productivité !!*

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) combinée aux quelques 400 « hôpitaux de proximité » qui consacrent la fin des hôpitaux généralistes et la fermeture de centaines de maternités, services de chirurgie et d'urgence, entre dans une phase nouvelle avec accentuation de la place des activités du privé...

Si nous voulons réaffirmer la primauté du service public, dans l'intérêt général et l'égalité d'accès aux soins, il nous faut défendre et promouvoir notre conception de l'hôpital public, en regard de l'évolution des besoins et des potentialités de la médecine

### **Un service hospitalier public diversifié, ouvert, coopératif, démocratique**

Les luttes passées et présentes sont le fil rouge pour réaffirmer une refondation de l'hôpital public basées sur des principes de service public :

-Réaffirmer haut et fort la continuité des soins et des prises en charge 24h/24 7j/7, avec l'exigence du maintien de l'accueil aux urgences hospitalières, objet de nombreuses luttes sur tout le territoire

- Assurer l'égalité territoriale : maintenir des structures hospitalières de plein exercice (maternité, chirurgie, urgences) sur des bassins de population à taille humaine de type de la revendication réitérée pour le secteur psychiatrie, soit au plus 75 000 habitants

- Restaurer la graduation des soins et prises en charge, du CHU aux hôpitaux de proximité de plein exercice

-Organiser les filières de soins hospitaliers et de ville pour les prises en charge spécialisées (cancérologie, cardio-vasculaire, pneumologie...)

Par ailleurs, l'hôpital public est dans l'obligation de tenir compte des évolutions très rapides des progrès.

Les progrès de la médecine, de l'introduction de la e-santé, mais aussi des besoins de la population qui augmente, du vieillissement et donc du contexte épidémiologique et des pathologies chroniques, tant en lits et places, équipements et coopérations avec le médico-social sur un territoire. L'hôpital public doit avoir les moyens de préserver ses services médico-techniques comme les labos et l'imagerie médicale condition de sécurité des patients pris en charge. A contrario des consultations à distance ou de l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) les établissements publics doivent pouvoir offrir des consultations spécialisées pré et post hospitalisation pour la sécurité et le confort des patients.

- Création d'activités et/ou de services adaptés aux deux âges extrêmes : les nourrissons et la pédiatrie sinistrée, et surtout les personnes âgées avec des services gériatriques, de prise en charge des maladies neuro-dégénératives, jusqu'aux soins palliatifs...
- La composante épidémiologique, comme nous l'avons vécu avec l'épisode du Covid, oblige à une flexibilité accrue des services et des pratiques, toujours en lien avec les acteurs de santé de ville et de proximité
- L'évolution explosive des connaissances offre des moyens de diagnostics et des thérapies nouveaux qui changent totalement la donne de la médecine prédictive et curative. Cela suppose des équipements lourds, des adaptations de locaux et surtout un investissement conséquent de formation, de nouveaux métiers et qualifications.
- La révolution numérique frappe de plein fouet l'hôpital : les espoirs les plus fous accompagnent l'introduction de l'IA : de fortes exigences doivent faire l'objet d'information et de processus décisionnels pour une juste et efficace introduction au service des collectifs médicaux et soignants

Bien évidemment, de telles transformations pour un hôpital public efficace, prenant en charge la personne dans sa globalité et ses attentes, passe par la mise à plat de toutes les réformes libérales, technocratiques et financières : seuls les besoins de santé et de prises en charge, en coopération permanente et organisée, en interne et externe, doivent guider les transformations nécessaires.

Mais ces transformations indispensables et urgentes passent par une bataille conséquente pour augmenter et modifier le mode de financement de l'hôpital public.

### **Un financement dans une logique de service public de santé**

C'est mieux en le disant : inverser le mode de financement de l'hôpital public s'inscrit dans notre bataille pour financer la Sécurité sociale à la hauteur des défis de notre époque.

A l'heure où des directions recherchent des financements en faisant appel aux malades, à la population, les PLFSS ont organisé le sous-financement qui débouche sur des déficits structurels et un endettement, entraînant le cercle vicieux de la logique financière, des regroupements et des fermetures, l'exploitation des personnels, et la fuite de ceux-ci !

En finir avec les PLFSS, les enveloppes fermées de l'ONDAM, la T2A et restaurer une obligation de moyens !

- Mise en place de budgets de fonctionnement sur la base pluriannuelle afin d'assurer les moyens et charges constantes
- Valorisation des activités sur des critères populationnels, de qualité et spécifiques
- Financement des investissements lourds, des constructions par le budget de l'Etat, au titre du patrimoine public
- Accès à des emprunts à taux zéro ou faible pour les équipements lourds utiles à l'activité et garantis par l'Etat

Dans l'immédiat, un plan d'urgence s'impose pour dégager des marges financières :

-Effacement total de la dette hospitalière, générée par les divers plans gouvernementaux et qui mettent les hôpitaux sous les fourches caudines des marchés financiers

- Suppression de la taxe sur les salaires

- Remboursement de la TVA

Au final, il s'agit de remettre à plat toute la fiscalisation qui pèse sur les hôpitaux, et donc sur la Sécurité sociale !

**Notre bataille pour l'hôpital public doit se nourrir d'une mise en œuvre sans précédent de la démocratie pour redonner toute leur place et la parole aux professionnel.les, aux représentant.es des salarié.es et des citoyen.nes-usagers, pour redéfinir ensemble les bonnes pratiques, la finalité et les moyens de la continuité des soins, les coopérations et coordinations choisies et assumées. En ce sens celles-ci doivent aussi être financées.**

**Cela passe par la restauration des conseils d'administration et des instances représentatives avec des processus pleinement décisionnels.**