



# Non à la privatisation de la santé publique

## Être malade ne doit pas devenir un luxe

**L**a France est encore en avance dans le domaine de la santé publique : accroissement de l'espérance de vie, faible mortalité infantile, qualité des soins chirurgicaux. Cependant, depuis que le plan Hôpital 2007 est appliqué et que de plus en plus de dépenses ont été mises à la charge des malades, sous prétexte du « trou de la Sécurité sociale », nous sommes en train de brader un trésor national. Le système de santé subit une privatisation rampante : la logique purement comptable qui étrangle l'hôpital conduit à accroître les parts de marché des cliniques alors que les mutuelles et les assureurs privés gèrent désormais la moitié des dépenses en médecine de ville.

C'est pourquoi il faut d'abord **revenir à un système public de droit à la santé et de droit aux soins**. Pour cela, il faut combattre des forces financières qui prennent ou cherchent à faire prendre des décisions contre la nature même du principe qui garantit à chacun la « **Sécurité sociale** », telle que l'avaient définie Roosevelt en 1935 et le Plan français pour la Sécurité sociale de la France libre en 1943. La régulation par le contrôle public, dans le domaine de la santé, doit toujours l'emporter sur la régulation par les lois du marché.

Si l'on revient ainsi à une bonne politique de prévention et que les moyens existants soient mobilisés à bon escient, nous pourrions déjà parvenir à une espérance de vie moyenne de 90 à 100 ans, dans un état physique et sanitaire satisfaisant. Pourquoi faudrait-il s'en priver ?

### **I Un projet d'ensemble est nécessaire, non des économies au coup par coup**

Il faut commencer par concevoir et mettre en place **un réel projet médical d'ensemble**, définissant les missions et l'organisation de tous les intervenants. **Cet effort de rationalisation du système sera à terme facteur d'une efficacité financière bien plus grande que la remise en cause progressive des choix de solidarité et d'égalité faits en 1945. Au lieu de rationner, il faut rationaliser et solidariser.**

Le problème de notre **système actuel** est que, **d'une part, il est trop centré sur le soin et ne prend pas assez en compte la santé au sens large, en particulier la prévention, et que, d'autre part, la coordination entre ses diverses composantes laisse à désirer.**

En accord avec les auteurs du Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire, je préconise la création ou la refondation de quatre échelons du service public de la santé :

- ▶ l'assurance-maladie reposant sur la Sécurité sociale et non sur les complémentaires de santé ;
- ▶ la sécurité sanitaire et la prévention collective ;
- ▶ le service public hospitalier, avec pour tête de pont régionale le CHU, les hôpitaux non universitaires à impliquer dans des activités de recherche et de formation coordonnées et le privé à but non lucratif ;
- ▶ le service public de la médecine de proximité reposant sur les médecins libéraux.

Aujourd'hui, au lieu de cela, **la tarification à**

**l'activité (T2A) favorise les cliniques privées,** de plus en plus sous contrôle de fonds d'investissement ou de pension britanniques ou américains, et **l'augmentation du champ d'intervention des organismes complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance, assureurs privés) restreint la redistribution des revenus, portée par la Sécurité sociale.** Le taux de remboursement des soins de ville par cette dernière est descendu à 55 %.

Les inégalités en matière de santé se creusent, car ce transfert se traduit mécaniquement par une augmentation des primes. Or ce surenchérissement du prix des complémentaires, encore aggravé par le plan d'austérité Fillon qui accroît leur taxation de 3,5 % à 7 %, dont elles reportent la charge sur leurs cotisants, est bien plus inégalitaire qu'une augmentation des cotisations sociales, qui au moins sont, elles, proportionnelles aux salaires. Il y a déjà 7 % des Français qui ne bénéficient pas de la couverture maladie universelle (CMU) mais ne peuvent se payer une complémentaire. Il va y en avoir davantage, dans un pays où 29 % de nos concitoyens ont dû reporter des soins ou y renoncer pour des raisons financières (ce taux était de 11 % en 2009). La somme prélevée par les complémentaires est passée, en moyenne, de 43 euros par personne et par an en 2001 à environ 150 euros aujourd'hui. Je dis non à cette manière cynique de faire peser sur les usagers de la santé une très grande partie de l'effort budgétaire, sans traiter ni résoudre les problèmes de fond.

Je dis non à la hausse constante de la participation des malades aux frais d'hospitalisation, non à la réduction du nombre de bandelettes d'auto-contrôle remboursées aux diabétiques, non au durcissement des critères d'entrée en affection de longue durée, notamment pour l'hypertension, non à la réforme du calcul des indemnités d'arrêt maladie, qui réduira les indemnités journalières de 40 euros par mois pour un salarié payé au SMIC et de 85 euros pour un cadre. L'argument suivant lequel il y aurait des abus qu'on pourrait réduire en tapant dans le tas n'a aucune valeur ; en effet, en assurance maladie le directeur de la répression de la fraude estime que celle-ci serait probablement inférieure à 1 % des prestations versées.

C'est la méthode d'ensemble que je conteste, et non tel ou tel de ses éléments. **La santé ne doit pas être traitée comme une marchandise.**

## II Sauver la Sécurité sociale

Pour imposer une contraction des soins, dans la perspective de rentabilité comptable du système financier, l'on nous rebat les oreilles avec le « trou »

de la Sécurité sociale.

Or les comptes de cet organisme montrent bien que ce « trou » a pour causes principales :

- ▶ la montée du chômage, qui accroît les charges et réduit les cotisations ;
- ▶ le vieillissement relatif de la population, qui exige plus de soins ;
- ▶ les insuffisances d'une politique de prévention ;
- ▶ l'exonération de charges en faveur des entreprises ;
- ▶ le fait que des fonds collectés par l'Etat au titre de diverses taxes, prévues pour compenser l'effet négatif sur la Sécurité sociale des exonérations sociales sur les bas salaires, ont été détournés par ce même Etat vers d'autres usages.

C'est ainsi la Sécurité sociale qui a été volée par l'Etat. Les comptes révèlent un « manque à gagner » de l'ordre de 20 milliards d'euros, bien plus élevé que le déficit du régime général, qui est aujourd'hui de 13,9 milliards !

Or l'on utilise ce « trou » pour tenter de culpabiliser les Français sur le coût de leurs soins et imposer une série de mesures allant à l'encontre du principe d'égalité des soins et de solidarité sociale. C'est toute l'idée de solidarité et de traitement égal qui se trouve mise en cause, avec l'arrière-pensée de lui substituer une logique d'assurance.

Je dis « non », absolument « non » à cette dérive. **L'Etat doit simplement cesser de voler la Sécurité sociale et de culpabiliser les assurés ; le droit aux soins est une priorité absolue que le poids des exonérations sociales sur les salaires (qui trop souvent d'ailleurs favorisent une déqualification du travail) ne doit jamais entraver.**

En réalité, l'on crée une situation où être malade va devenir un luxe. En revenir à l'esprit de justice sociale de 1945 dans les conditions du XXI<sup>e</sup> siècle suppose une orientation radicalement opposée à celle suivie depuis plus de quarante ans par tous les gouvernements de droite comme de gauche qui ont adopté le libéralisme financier.

Dans cette perspective, je propose de revenir à un niveau moyen de remboursement des soins courants de 55 % actuellement au taux originel de 80 %. Cela coûterait environ 8 milliards d'euros. De plus, il faut rembourser normalement, en relevant rapidement leur niveau, les soins auditifs, d'optique et dentaires. L'on gagnera globalement à ce que les patients se fassent traiter en France plutôt qu'en Roumanie ou en Hongrie. Il est aussi scandaleux que nous disposions de trois fois moins d'équipements d'imagerie par résonance magnétique (IRM) que l'Allemagne et pas assez de scanners. Un effort intelligent et massif d'équipement est donc aussi nécessaire. Nous arriverions ainsi, en y ajoutant le coût supplémentaire réel du financement de la dépendance, à un total annuel d'environ 5 milliards d'euros, s'ajoutant aux 8 milliards,

ce qui correspond à un point de CSG prévu dans mon projet (un point de CSG égale environ 13 à 14 milliards d'euros de rentrées fiscales).

De plus, la TVA sociale prendrait en charge une partie de ce coût car elle permettrait de supprimer les exonérations de cotisations sociales excessives.

Enfin, un tel système distribuerait du pouvoir d'achat à ceux qui ont le plus besoin d'améliorer leur niveau de vie, à un moment où nous devons faire tourner le moteur de la consommation. L'activité économique se reprenant, dans le cadre général de mon projet et par ce choix politique en matière de santé, le chômage baisserait et donc le poids qu'il représente. Le bénéfice général induit par cette démarche dépasserait ainsi son coût.

Il reste de véritables économies à faire. Il faut engager une évaluation médico-économique des médicaments remboursés. Le scandale du Médiateur a rendu l'opinion prête à comprendre cette révision : des taux de remboursement à 15 % ou même 30 % n'ont pas de sens, et entre deux produits d'efficacité déclarée identique, c'est le moins cher qu'il faut rembourser. La France est l'un des pays les plus mal placés en matière de **recours aux génériques**, qui ne représentent que 25 % du marché pharmaceutique, contre 55 % en Allemagne. S'ils étaient utilisés dans des proportions semblables à celles de notre voisin, nous pourrions atteindre près de 3,5 milliards d'euros d'économies par an. Une politique plus courageuse vis-à-vis des laboratoires permettrait, en tout état de cause, de réduire nos dépenses. En même temps, **dans la société plus juste que nous voulons, les dépenses de produits somnifères, anxiolytiques et timorégulateurs baisseront rapidement.** Restent enfin les vraies sources d'économies à faire dans les hôpitaux publics.

### III Sortir d'une logique comptable à l'hôpital tout en dégagant des sources positives d'économies

Concrètement, on code chaque acte, et les services voient leur budget indexé sur le nombre d'actes pratiqués. On sombre ainsi dans **un codage financier de la maladie**. Or, comme le démontre l'expérience du plan Medicare aux Etats-Unis, la T2A ne peut conduire qu'à un triage des malades et à une éviction des soins à l'encontre des plus démunis. La maladie est un processus vivant que l'on ne peut quantifier dans un ordre fixe de temps,

de manipulations ou d'une addition financière prédéterminée. Une maladie évolue dans un milieu qui lui sera favorable ou défavorable. Imposer une moyenne arithmétique à un processus vivant sans tenir compte de l'influence du milieu, revient à condamner le système de santé publique tel que nous le connaissons.

Qui plus est, comme nous l'avons vu, l'outil pervers qu'est devenue la tarification à l'activité avantage les cliniques qui se spécialisent dans des actes de routine en choisissant des malades « rentables » au détriment des CHU qui doivent prendre en charge les urgences, la formation des jeunes praticiens, les patients pauvres qui n'ont pas accès à la Sécurité sociale et les cas compliqués.

Il faut donc revenir à un **budget global**, fondé sur **le principe de la solidarité et responsabilisant la direction**. L'on pourrait ainsi éviter la rigidité d'avant Hôpital 2007 à condition de ne pas se cantonner à des reconductions automatiques.

De toutes façons, avec la T2A, si l'on veut soigner on doit tricher, avec un coût plus élevé pour l'hôpital. Par exemple, pour pouvoir donner des soins qui, selon le codage, rapportent moins, on les reclasse plus ou moins fictivement dans une rubrique qui rapporte plus, ou bien on facture une nuit d'hospitalisation pour des malades qui occupent un brancard plus de six heures ! On en arrive donc à une situation où il y a triage des malades et/ou dérive des dépenses de santé, tandis que les cliniques privées peuvent se réserver les cas les plus « rentables » !

Il n'en reste pas moins que des économies sont possibles et nécessaires :

- ▶ la suppression de la T2A doit susciter une réflexion sur les traitements ;
- ▶ l'amélioration de la logistique et de l'organisation interne de l'hôpital exige elle aussi une réflexion de tout le corps hospitalier ;
- ▶ le regroupement des hôpitaux et des structures qui les composent en favorisant, plutôt que des fermetures, les reconversions vers d'autres activités de soins, permettra à la fois d'éviter les doublons et le fonctionnement avec trop peu d'actes ;
- ▶ l'évaluation objective, qualitative et quantitative de l'activité soignante médicale et hospitalière, avec des critères correspondant à chaque spécialité et impliquant la participation des patients, incitera aux réformes.

Quant à la base de données servant actuellement pour la T2A, elle pourra être utilisée pour des études de santé publique et épidémiologiques, la priorité du médical se substituant ainsi à celle du financier.

## IV Rejeter l'idée de l'occupation des lits à 100 %, établie au nom de la concurrence financière avec les cliniques

Dans un hôpital public, en effet, la formation et l'accueil des urgences constituent des missions d'intérêt général. En versant aux hôpitaux le 1,5 milliard d'euros qui leur manque, selon la Fédération hospitalière de France (FHF), ce sont ces missions qui pourront être assurées. Ce milliard et demi sera réduit à environ 800 millions si la médecine de ville est mieux associée à l'hôpital et que les patients qui ne vont aux urgences que pour des raisons économiques peuvent être accueillis ailleurs. Les 800 millions devront être compensés par les économies faites sur le fonctionnement des hôpitaux (cf. ci-dessus).

Pour faire face aux imprévus, l'hôpital public avait traditionnellement prévu un **taux de lits inoccupés de 15 %**. Il faut le rétablir, en rejetant les critères de rentabilité actuels qui sont absurdes dans une perspective de service public.

Même dans les plans de lutte contre les épidémies, il n'est prévu aucun volet à ce sujet : un lit ne peut en effet être maintenu sans prévoir le personnel soignant qui l'accompagne, or ce n'est pas fait.

## V Former des médecins et des infirmiers payés justement et en nombre suffisant

**1 Les hôpitaux manquent d'internes dans cinq secteurs :** médecine générale, anesthésie, obstétrique, gynécologie et échographie. La médecine générale intéresse de moins en moins d'étudiants : c'est là qu'on travaille le plus et qu'on gagne le moins. De plus, 25 à 30 % des médecins partiront à la retraite d'ici 20 ans, et leur pouvoir d'achat a baissé de 30 % en 30 ans. On comble donc les vides avec des médecins étrangers, dans des postes sous-payés « faisant fonction d'internes » et sans leur assurer une réelle garantie d'emploi. C'est une évolution extrêmement malsaine.

**Les filières déficitaires doivent être de toute urgence encouragées** en augmentant les rémunérations des uns et en protégeant les autres contre les risques encourus lors de leurs interventions.

De manière plus générale, il faut faire le choix de former un personnel qualifié et de haut niveau ; or, il faut entre 11 et 13 années d'études pour former, par exemple, un chirurgien spécialisé. Face à cette

contrainte, l'on doit prévoir une réponse en deux temps :

► les services médicaux de l'armée peuvent être mis à contribution pour pallier le manque de médecins dans les années qui viennent. Les étudiants en internat dans les CHU bénéficieront de l'expérience de ces praticiens, avant d'en prendre le relais ;

► le nombre de médecins formés (numerus clausus) a été augmenté par le gouvernement actuel de 7700 à 8000 (100 places de plus offertes en deuxième année, 200 au titre des passerelles entre grandes écoles ou masters et deuxième ou troisième années) : je suis convaincu qu'il faut aller plus loin, jusqu'à 8500 places, afin de pouvoir, dans un deuxième temps, compenser les départs massifs à la retraite d'ici 2020.

## 2 Redonner sa dignité à la profession d'infirmier

Les infirmiers partent à la retraite ou quittent le métier sans être remplacés. En moyenne, chaque infirmier, à cause de la dureté du travail, des longs trajets auxquels l'oblige le niveau général des loyers, a une durée de vie professionnelle de seulement 13 à 15 ans. Le cercle vicieux est donc enclenché : moins de personnel, ce sont des conditions de travail dégradées pour ceux qui restent.

Les pistes que je propose de suivre **pour améliorer rapidement cette situation** sont les suivantes :

► **accroissement des salaires** : 2600 euros brut en fin de carrière pour un infirmier de classe normale (catégorie A, premier grade) et 2700 pour un infirmier de classe supérieure (catégorie A, deuxième grade), avec ce type de travail, doublement stressant par sa nature même et parce qu'on impose aux infirmiers de faire constamment des économies de matériel, est tout à fait insuffisant. **Une hausse de 20 %** apparaît indispensable à court et moyen terme.

► **revalorisation du diplôme**. Il faut accorder aux étudiants, d'une part la possibilité de décrocher une licence en fin de cursus, d'autre part leur rattachement au ministère de l'Enseignement supérieur en plus de celui de la Santé, ce qui leur permettrait de bénéficier des mêmes droits que les autres universitaires ;

► **des facilités de logement** et, sur le modèle des anciens IPES, **la rémunération des études en échange d'un engagement de dix ans dans la fonction publique**, permettraient d'attirer quantitativement plus d'étudiants et qualitativement d'un meilleur niveau ;

► **création d'un conseil de l'ordre infirmier** permettant une réflexion en profondeur sur le métier ;

► **soutien psychologique digne de ce nom assuré dans chaque structure hospitalière**.

## VI Coordonner les moyens et les fonctions pour mieux soigner

La France est aujourd'hui le pays développé qui possède le plus grand nombre de lits d'hospitalisation par habitant. Malheureusement, la coordination entre lits d'aigu, lits de soins de suite, lits de long séjour et hospitalisation à domicile n'est pas assurée. Il n'y a pas assez de « lits d'aval » ni de liaisons hôpital-ville.

**Les lits d'aigu** devront désormais concentrer les moyens et les personnels dans des **pôles technologiques**, tout en garantissant un accueil de proximité. Un hôpital de haute technicité comme l'hôpital Georges Pompidou à Paris ne doit plus être une exception. Chaque département français, en métropole comme outre-mer, devrait disposer d'un établissement, de préférence doté des mêmes capacités, au centre d'un dispositif diversifié. Si l'hôpital Pompidou a été construit en 30 ans, l'expérience ainsi acquise devra permettre d'aller bien plus vite ailleurs, pourvu qu'on ne se livre pas à des expérimentations désastreuses avec des sociétés sans compétence dans ce domaine, comme pour l'hôpital du Sud francilien à Evry. Les internes seront ainsi systématiquement formés aux nouvelles technologies.

**Les lits de « soins de suite »**, après le séjour dans un lit d'aigu (la durée moyenne d'un séjour en hôpital est aujourd'hui de seulement 5,5 jours) doivent prendre le relais, avec un coût moindre et des soins, à ce stade du traitement, de même qualité. Il n'y en a pas assez, il faut les créer.

**Les lits de moyen-long séjour** doivent être également prévus en plus grand nombre pour accueillir les personnes âgées et les convalescents incapables de rentrer chez eux.

Pour eux, au lieu de construire des hôpitaux de plusieurs centaines de lits, il vaudrait mieux développer de **petites structures** et se donner les moyens de maintenir, autant que faire se peut, les gens à domicile. Les médecins ne doivent plus passer leur temps à chercher des lits pour des patients âgés dont « personne ne veut ».

Pour le maintien à domicile, **le dialogue entre médecins de ville et hospitaliers** doit être promu et encouragé. **C'est tout un système de santé équilibré entre grands centres hospitaliers, maisons de santé et de convalescence et médecins de ville qui doit être ainsi mis en place.** Ce qui pose directement le problème de l'absence d'attrait dont souffre actuellement la médecine générale.

C'est pourquoi je propose **d'améliorer les incitations à la création et au développement de pôles et de maisons de santé transdisciplinaires**, à l'exemple de ce qui est fait dans le Lot-et-Garonne,

pour améliorer la qualité et l'accès à la médecine de proximité et de premier secours (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes etc.). Des logements bon marché devront, dans ce contexte, être proposés aux internes souhaitant faire leurs stages en milieu rural. Cette intégration transdisciplinaire permettra une meilleure intégration de la médecine de campagne dans le système national de santé et de valoriser les missions du médecin aujourd'hui trop souvent négligées (travail de prévention, d'éducation thérapeutique et de coordination médico-sociale et administrative).

## VII Changer le mode des médecins pour rendre la médecine de ville plus attrayante et pour que tout le monde puisse être soigné

Actuellement, la situation est la suivante : il n'y aura bientôt plus assez de médecins généralistes, en ville comme au sein des hôpitaux, et beaucoup d'entre eux refusent de soigner ceux qui sont couverts par les dispositifs publics destinés aux plus précaires, c'est-à-dire la couverture maladie universelle (CMU).

Pourquoi ? D'une part parce que ces médecins n'ont pas une rémunération suffisamment attractive, d'autre part parce que rien dans le mode actuel de régulation de la médecine de ville ne les incite à remplir l'objectif d'égalité d'accès aux soins.

Le cœur du problème est le paiement à l'acte, sur lequel est assis le revenu des médecins libéraux, qui ne permet pas de distinguer ce que paie le patient de ce que reçoit le médecin. L'objectif social fait que les « patients CMU » se voient appliquer le tarif de base, sans dépassement, et sont dispensés de l'avance des frais, ce qui est moins rémunérateur pour le médecin.

Tenter d'introduire dans un article de loi une sanction à l'encontre des professionnels de santé pratiquant le refus de soins reviendrait donc à imposer une « perte » supplémentaire à des médecins de moins en moins bien rémunérés dans une profession jugée de moins en moins attrayante. Le refus de soins n'étant, nous l'avons vu, qu'une conséquence directe d'un mode de rémunération totalement inadapté, **c'est ce mode de rémunération qu'il faut changer.**

L'on pourrait parvenir à **engager des médecins de plus en plus jeunes et de plus en plus motivés dans la profession, tout en assurant l'égalité d'accès aux soins, en leur proposant un système de paiement en fonction du nombre de patients traités dans l'année.** Dans un premier temps, l'on pourra intégrer dans la

rémunération à l'acte un montant forfaitaire par patient, modulé en fonction de critères comme la nature et la gravité de la pathologie.

Ce mode de paiement forfaitaire permettra, en particulier, de faire varier le montant perçu par patient selon la zone d'exercice du médecin. Il pourra donc être plus élevé dans les zones les moins favorisées, **incitant les médecins à se répartir de manière plus équitable sur l'ensemble du territoire** (par exemple, les médecins installés en « zone déficitaire » bénéficieraient d'une augmentation de l'ordre de 20 % de leurs honoraires) **et donc à servir les populations les plus démunies. On ne peut cependant obliger les médecins à venir s'installer dans une région qui voit dans le même temps son bureau de poste et son école fermer. Les déserts médicaux sont aussi le résultat d'une politique générale de destruction du service public** (cf. mes propositions pour le rétablir dans ma section *Collectivités territoriales : arrêter le démantèlement de la vie locale et la contraction financière*). Il faudra également ajouter une « prime » à la qualité des soins fournis, mesurée suivant une batterie de critères.

Enfin, les enseignants généralistes, formateurs de médecins dans la nouvelle filière « médecine générale », doivent très rapidement accéder à un statut à l'égal de leurs collègues hospitaliers, chefs de clinique et professeurs des universités-praticiens hospitaliers. Ils ne sont actuellement que professeurs associés en CDD, ce qui est inacceptable.

## VIII Former le personnel soignant des hôpitaux de manière réellement permanente, obligatoire et gratuite

Ce qui suppose un **personnel de remplacement**, compris dans les activités de l'hôpital ; il est inadmissible qu'aujourd'hui, la direction des hôpitaux soit obligée de faire appel quotidiennement à des intérimaires. La politique de santé publique passe par la présence d'un personnel en nombre suffisant, or près de 30 000 emplois ont disparu des hôpitaux publics depuis 2008. Il faut arrêter cette hémorragie à tous points de vue contreproductive. Il faudra également avoir le courage, dans le contexte que j'ai défini d'une hausse des rémunérations et d'un maintien des effectifs, de revoir la question des 35 heures en milieu hospitalier ou du moins examiner sérieusement son aménagement.

Pour appliquer intelligemment et raisonnablement une telle politique, la direction de l'hôpital doit être aux mains de femmes et d'hommes à qui on puisse faire confiance car ils auront à cœur de maintenir une haute performance du système de

soins tant quotidienne que prévisionnelle. Elle ne peut être remise entre les mains de purs gestionnaires comptables.

## IX Mener une politique réellement humaine en faveur des personnes âgées

Toutes choses égales par ailleurs, sans guerre ou forte aggravation de la crise sociale, onze millions de Français devraient avoir plus de 75 ans en 2050, contre 5,5 millions aujourd'hui. C'est une excellente nouvelle, car elle reflète **un prolongement de l'espérance de vie**. En améliorant notre système de prévention et de soins, on peut faire mieux encore et augmenter la durée de nos existences jusqu'à une centaine d'années, dans des conditions généralement beaucoup plus satisfaisantes que celles d'après soixante-dix ans il y a encore cinquante ans.

**Je n'accepte donc pas qu'on pose la question de la vieillesse en termes quasi exclusifs du coût de la dépendance. Il s'agit d'une approche comptable, correspondant à une conception de l'homme dans laquelle on met un prix à la vie humaine à un moment donné, sans prendre en compte l'aval ni l'amont. La véritable solution au problème de la dépendance est qu'il y en ait le moins possible, en améliorant les conditions de santé et de vie, ce qui est la logique d'ensemble de mon projet.** Il faut commencer par le dire pour ne pas se laisser piéger par les comptables financiers de la vie, qui sont les assistants de l'oligarchie actuellement au pouvoir.

Ceci dit, si l'on parle chiffres, aujourd'hui les actions financières en faveur du troisième âge ont un coût total d'environ 22 milliards d'euros (soins à l'établissement, à l'hôpital et en ville, allocation personnalisée d'autonomie, aide à l'hébergement, financement des établissements, réductions fiscales). En 2009, 1,1 million de personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), deux fois plus qu'en 2002, pour un coût total de plus de 5 milliards d'euros par an (financés principalement par les départements, qui manquent de ressources, cf. ma section sur les *Collectivités territoriales : arrêter le démantèlement de la vie locale et la contraction financière*). On se sert de ces chiffres pour impressionner.

En fait, quantitativement, il y a environ 1 million de personnes dépendantes aujourd'hui (et environ 3 millions en état de dépendance légère) et leur effectif n'augmentera que de 1 à 1,5 % par an d'ici 2040, pour une durée moyenne de dépendance de 3,7 ans pour les hommes et un an de plus pour les femmes. Le coût total de ces dépendances est d'environ 1 % du produit intérieur brut et il n'augmentera

normalement que d'environ 4 % par an. De ces 4 %, seuls 1,6 % correspondront à des charges supplémentaires (le reste, 2,4 %, se trouvant couvert par les recettes normales de la Sécurité sociale et les possibilités des ménages, si l'économie se développe normalement). Il n'y aura donc pas de coût insupportable, car le progrès technique résultant de mon projet va réduire ces dépenses en améliorant la santé et en permettant un maintien souhaitable à domicile. De plus, les dépenses d'aide aux dépendants sont créatrices d'emplois, donc induisent un accroissement des recettes de la nation.

**Il est donc clair qu'avec un minimum de volonté politique, le financement pourra et devra être assuré par la solidarité nationale,** sans qu'il y ait nécessité de glisser vers un système d'assurances privées, si ce n'est pour les assureurs et leurs porte-parole dans la majorité gouvernementale. Le 1,6 milliard d'euros nécessaire correspond à 0,1 point de CSG, soit 10 % de ce que je préconise pour l'ensemble du système de santé publique. De plus, **les dépenses publiques en faveur des services d'aide à domicile,** qui représentent environ 10 milliards d'euros par an, ne bénéficient que pour un peu moins de 5 milliards d'euros aux personnes réellement vulnérables et sur critères de ressources (APA domicile), alors que le reste va pour 3 milliards aux personnes âgées, mais sans critères de ressources, et pour 2,5 milliards à des actifs. Les trois quarts de ce reste sont perçus par les 10 à 15 % des ménages déclarant les revenus fiscaux les plus élevés. Si l'on maintenait un quart de ce reste, sous critères de ressources, et **qu'on supprimait les exonérations fiscales bénéficiant aux trois autres quarts, qui n'en justifient franchement pas le besoin, on dégagerait près de 5 milliards d'économies qui dépasseraient de loin le coût supplémentaire des dépenses de dépendance. Ces économies pourraient être en partie réaffectées à l'aide au tarif hébergement en maisons de retraite, aujourd'hui trop lourd pour les résidents, et surtout au Fonds de solidarité vieillesse, qui finance le minimum vieillesse.** Ce Fonds, déficitaire d'environ 4 milliards d'euros en 2011, le sera un peu plus en 2012, malgré l'allocation en sa faveur des taxes sur les boissons alcoolisées.

**Le véritable combat est celui que je mènerai pour une mobilisation nationale autour du vieillissement et une revalorisation des « vieux ». Ce combat est un pilier de mon combat politique plus général, l'autre étant celui pour la jeunesse** (cf. ma section *Une mobilisation générale pour la jeunesse*). Je ne peux en effet admettre que l'on puisse continuer à se dire que « pour les jeunes, la galère et pour les vieux la misère » est une fatalité.

**Une préparation en amont, multidisciplinaire, à la vieillesse est d'abord nécessaire. Dès 50 à 55 ans, nous devons nous préparer à bien**

**vieillir.** Il faut encourager les centres qui s'ouvrent dans les hôpitaux avec des nutritionnistes, des gériatres et des psychologues. En même temps, **l'intégration sociale que porte mon projet incitera les Français à participer, à s'entretenir mieux, à se soigner car on leur en donnera les moyens.** Cette joie de vivre qui a été notre caractéristique aux meilleurs moments de notre histoire est, comme différentes enquêtes l'ont prouvé partout dans le monde, un facteur de rajeunissement mental et même physique malgré le vieillissement chronologique.

**Le grand âge venant, le premier combat doit être mené contre la grabatisation.** Or celle-ci n'est le plus souvent ni le fait du vieillissement en lui-même ni de la maladie, mais elle est la plupart du temps liée à une prise en soins inadéquate faute de moyens et/ou de connaissances.

Les orientations à suivre sont les suivantes :

► **création d'un « coordonnateur sanitaire et social »,** comme le propose la Fondation Jean Jaurès, **auprès de la personne dépendante à domicile.** Sa responsabilité sera d'épauler les aidants familiaux et de définir un plan de prise en charge personnalisée pour tous les intervenants, qu'il sollicitera et guidera par la suite. Ainsi les aides et les soins pourront être intégrés « sur mesure » par rapport à une évaluation de la situation individuelle et les compétences et prérogatives de chacun seront exercées de façon à la fois plus efficace et plus humaine grâce à leur mutualisation et à leur personnalisation ;

► **un hôpital mieux adapté :** il doit être en mesure d'anticiper les risques de la dépendance. Dans chaque territoire de santé, il faut développer une filière gériatrique, impliquant **un accueil spécifique des personnes âgées** ne passant en aucun cas par les urgences, où elles n'ont rien à faire. Cette filière doit comprendre, en réseau, des services de séjour de courte durée, de soins de suite, de réadaptation (les patients ayant besoin de temps pour retrouver leur autonomie après une hospitalisation) et, seulement en fin de parcours, de longue durée ;

► **priorité donnée aux appartements thérapeutiques** ou « appartements protégés ». Alors qu'en établissement, la perte d'autonomie des personnes âgées est nette dès la première année de présence, l'on constate qu'elle est bien moindre dans un appartement thérapeutique et surtout que le maintien des facultés cognitives et celui de la continence sont bien meilleurs ;

► **une formation en gériatrie pour les jeunes infirmiers et aides-soignants** destinés aux services d'hôpitaux adaptés et aux appartements thérapeutiques. Il y a ici beaucoup de travail à faire, ne serait-ce que pour leur apprendre à manipuler les corps endoloris ;

► **développer des équipements mobiles de gériatrie** repérant et soignant. Il en faudrait 100 à 200 de plus en France ;

► **soutenir la construction de maisons de retraite et en améliorer les services.** Les personnes âgées sont les seuls usagers d'équipements collectifs à payer, dans le prix de leur séjour, les amortissements des investissements réalisés pour elles. Cela ne doit plus être le cas. Il faut suivre ici les conclusions de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) qui propose de diminuer le coût d'hébergement en étendant la récupération de la TVA à tous les établissements. Je propose de plus une aide sociale accrue à ce coût d'hébergement. C'est nécessaire car la somme qui reste aujourd'hui à la charge du résident est, en moyenne, de 2097 euros par mois en secteur lucratif et de 1427 euros en secteur public, alors que le montant moyen d'une retraite dépasse à peine 1200 euros. Une politique plus dynamique d'aide à la personne contribuerait aussi à faire baisser le prix des séjours.

En outre, les salaires de certains personnels (administration, animation, agents de service) ne doivent plus peser sur les tarifs d'hébergement, mais être pris en charge par l'assurance-maladie (via le forfait soins) et/ou par le Conseil général (via l'APA, allocation personnalisée d'autonomie).

Ainsi, les prix d'hébergement pourraient être diminués et les directions des maisons de retraite mises en mesure d'accorder plus d'attention à chaque personne âgée résidente, au cas par cas, et non d'organiser collectivement une dépendance considérée comme plus ou moins fatale : l'on sait qu'actuellement, après quelques mois en maison de retraite, l'espérance de vie des personnes accueillies diminue fortement ;

► **augmenter les moyens dévolus aux unités de soins palliatifs.** C'est la meilleure protection contre l'euthanasie. La loi donne aujourd'hui toute latitude aux médecins pour traiter dans la dignité la souffrance associée à la fin de vie. Par-delà, le débat qui est ouvert est celui de l'aide au suicide, c'est-à-dire la question de l'ouverture d'un « droit à la mort ». Je suis tout à fait opposé à cette orientation, inacceptable au regard du serment d'Hippocrate et plus généralement du respect de la vie humaine, source de dérapages politiques inadmissibles en période de crise comme celle que nous subissons.

Les soins palliatifs sont, eux, la solution humaine. Nous disposons actuellement de 107 unités de soins palliatifs (chaque région en dispose d'au moins une), 350 équipes mobiles et 4700 spécialisées dans des services divers. Il faut se féliciter des progrès accomplis depuis quelques années mais il reste que **certains départements ne disposent toujours pas d'unités et que presque partout le**

**manque d'effectifs dans les structures entrave leur fonctionnement. Je considère comme une priorité absolue l'engagement de ces effectifs et l'extension des unités à tous nos départements.** Ce sera un signe essentiel de respect de la vie, donné aux jeunes qui doutent de la société dans laquelle ils vivent lorsqu'ils voient la manière dont les personnes âgées sont trop souvent traitées.

## **X Revenir à l'esprit du Préambule de notre Constitution : la santé publique est un droit inaliénable**

Nous devons réellement respecter nos **principes de 1945-1946**, tout en impliquant cette fois l'ensemble des acteurs – médecins et non médecins – dans un **renouveau de la politique de santé publique.**

L'Etat doit en être le garant. Il doit **rejeter une « nouvelle gouvernance de la santé »**, en empêchant que les lobbies de la mondialisation financière n'accaparent un secteur économique jusqu'à contrôler par la puissance publique. Cela signifie que **les établissements de santé ne soient pas engagés dans une logique financière incompatible avec l'intérêt collectif.** Pour exprimer concrètement cet engagement, je ferai **supprimer le forfait de 18 euros sur les actes médicaux lourds**, qui met à la charge du patient ce qui a été détourné par l'Etat, **ainsi que tout ce qui aggrave les coûts pour les malades de manière indiscriminée et touche donc davantage les pauvres.** A titre de comparaison, ces 18 euros plus la contribution à la charge des malades sur les médicaments représentent une entrée annuelle d'environ 250 millions d'euros pour la Sécurité sociale, alors que l'Etat, pour exonérer de charges sociales les bas salaires et en raison d'une politique économique qui engendre le chômage, lui en vole près de 20 milliards !

Il faut que cessent le triage des soins (environ un tiers des Français sont exclus des dépenses médicales, notamment en audition, lunetterie et dentisterie) et le harcèlement dont sont victimes les médecins et les soignants dans les hôpitaux publics : réduction des moyens, des malades à flux tendus, chaque fois plus de gestion et une dépréciation constante du travail.

**La santé publique et l'hôpital public : si nous ne les sauvons pas, c'est toute la société qui se disloquera, et avec elle, tout sens de solidarité et de progrès sans lesquels il n'y a pas de générations futures.**

