

Pas d'« argent magique » pour la santé

Le Covid-19 aurait dû mettre le projet de loi de financement de la Sécurité sociale au cœur du débat public. Certes, la réforme des retraites est suspendue, malgré le ballon d'essai des sénateurs pour reculer l'âge de départ, et la cinquième branche consacrée à la perte d'autonomie est créée. Mais le gouvernement se contente de parer au plus pressé, sans aucun changement de cap.

par Dominique Sicot

« *Exceptionnel* ». C'est ainsi que M. Olivier Véran a qualifié le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2021, lors de l'ouverture des débats sur le texte en première lecture à l'Assemblée nationale, le 27 octobre. « *Il y a encore quelques mois, les chiffres que nous présentons ici seraient passés pour de la science-fiction* », a insisté le ministre des solidarités et de la santé.

La pandémie de Covid-19 et ses conséquences ont en effet bouleversé les comptes de la Sécurité sociale. Tout particulièrement ceux de l'assurance-maladie, dont le déficit est passé de 1,4 milliard d'euros en 2018 à 48,4 milliards cette année (*lire « [Des comptes durablement dégradés](#) »*). La quête de l'équilibre des comptes, unique boussole des politiques mises en œuvre depuis trois décennies, se heurte brutalement à la réalité.

« *Il n'y a pas d'argent magique* », rétorquait le président de la République Emmanuel Macron, le 5 avril 2018, à une aide-soignante du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen qui l'interpellait sur les manques de moyens. Pourtant, depuis le printemps 2020, confronté au risque d'implosion d'un système hospitalier submergé par la pandémie, et après plus d'un an de mobilisation du personnel, le gouvernement semble avoir trouvé cet « argent magique ». Le 12 mars, annonçant la mobilisation générale contre le coronavirus lors d'une allocution télévisée, le chef de l'État déclarait : « *La santé n'a pas de prix. Le gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies quoi qu'il en coûte.* » Depuis, le gouvernement s'emploie à mettre en scène les milliards déversés.

Effectivement, l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam), qui, adopté chaque année par le Parlement, fixe le plafond des dépenses par secteur (soins de ville, hôpital...), a enflé. Alors qu'il devait être de 205,6 milliards d'euros selon la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020, il atteindrait finalement 218,1 milliards d'euros en fin d'année, soit une progression de 9,2 % par rapport à 2019. Pour 2021, il est programmé à 225,4 milliards d'euros, en hausse de 3,34 %. Au cours des dix dernières années, la croissance de l'Ondam votée dans les lois de financement de la Sécurité sociale oscillait entre 2 et 2,5 %.

Les fermetures de lits n'ont pas cessé

Mais cette manne relève en grande partie de l'illusion. En première ligne face à la pandémie, l'hôpital public, en crise depuis des années (1), devrait être au cœur de toutes les attentions. Or le PLFSS prévoit une hausse des dépenses de 3,3 % pour les établissements de santé (hôpital public et privé, centres de soins de suite...), soit un total de 92,9 milliards d'euros ; de 5,8 % pour la médecine de ville (98,9 milliards d'euros) ; et de 10 % pour les établissements médico-sociaux, toujours mal dotés (26 milliards d'euros) (2). La docteure Anne Gervais, gastro-entérologue et hépatologue aux hôpitaux Bichat à Paris et Louis-Mourier à Colombes, membre du Collectif inter-hôpitaux (3), fait les calculs : « *Une fois l'Ondam voté, l'hôpital disposera de 8,5 milliards d'euros de plus entre 2020 et 2021. Mais cette somme doit intégrer 7,5 milliards de revalorisation salariale sur un an, les 800 millions de reprises de dette ainsi que les 800 millions de nouveaux investissements [prévus par le Ségur de la santé]. À cela il faut ajouter l'augmentation des charges fixes (augmentation technique des salaires, du prix des médicaments...), sanctuarisée en 2019 à 2,4 % de progression annuelle, ce qui fait, en gros, 2 milliards.* » Autrement dit, il manque au moins 2,5 milliards d'euros sur les dépenses prévues par l'Ondam pour 2021. Et cela sans tenir compte des charges qui peuvent être engendrées par le Covid-19.

Au-delà des colmatages répondant aux urgences les plus pressantes, il n'y a pas de changement de cap. La liste des fermetures de lits n'a pas disparu ; elle s'est seulement faite un peu plus discrète. « *Le gouvernement multiplie les annonces, mais c'est de l'enfumage*, nous assure le docteur Christophe Prudhomme, médecin au service d'aide médicale urgente (SAMU) 93, militant à la CGT (Confédération générale du travail) Santé et porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF). *La reprise de dette des hôpitaux de 13 milliards ? Cela ne*

représente qu'un tiers du total, étalé sur quinze ans [soit 800 à 850 millions d'euros par an] et conditionné à des plans de retour à l'équilibre, donc des restructurations. » Pourtant, suggère le médecin, si l'on exonérait l'hôpital public de taxe sur les salaires, comme le gouvernement le fait pour les entreprises, cela représenterait « *une économie de 4 milliards d'euros par an, l'équivalent de cent mille emplois. En fait, ce gouvernement ne souhaite pas donner de moyens supplémentaires pérennes à l'hôpital* ».

De plus, ce qui est lâché d'une main est repris de l'autre, au nom de la « *nécessité de rétablir la soutenabilité financière de la Sécurité sociale, fortement impactée par la crise* », comme l'indique le PLFSS. Sous le nom de « *mesures de régulation* », 4 milliards d'euros d'économies sont programmés dans l'Ondam 2021. D'année en année, la même liste revient, censée contribuer à la « *pertinence* » et à l'« *efficacité* » de la prise en charge des malades. Ainsi, 1 milliard d'économies sont à réaliser sur les soins de ville, 600 millions sur les médicaments (essentiellement par les prix), 300 millions sur les arrêts de travail et les transports médicaux... et 805 millions sur l'hôpital, soit un niveau comparable aux années antérieures. Ce qui signifie, selon les collectifs et syndicats de soignants, encore des restructurations et une quête sans fin de productivité, conformément aux préconisations de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). « *Son objectif : réduire le personnel à une infirmière pour quatorze lits, alors qu'on était à une infirmière pour huit lits, en moyenne, il y a six ou sept ans. À l'AP-HP [Assistance publique - Hôpitaux de Paris], en 2017, on est déjà passé à une pour douze lits* », souligne la docteure Gervais.

Le gouvernement promet 15 000 recrutements à l'hôpital public : infirmiers, aides-soignants, brancardiers, personnel technique et administratif... Ce qui, une fois pourvus les 7 500 postes vacants, ne représenterait en fait que 7 500 nouveaux postes. Mais les conditions de travail sont si dégradées que les candidats se font rares ; cette promesse reste donc un vœu pieux. Quant aux augmentations de salaire consenties dans le cadre du Ségur de la santé, « *c'est tout juste un rattrapage, puisque le gel du point d'indice depuis dix ans n'a pas permis à ces métiers de rester attractifs* », estime M. Fabien Paris, infirmier aux urgences du centre hospitalier de Saint-Nazaire et membre du Collectif inter-urgences. Fanny Vincent, sociologue (4), abonde : « *À court terme, il n'y a pas de candidats. Pour sortir de cette impasse, il faudrait accepter d'investir massivement dans l'hôpital public. Or le disque idéologique ne change pas, malgré la multiplication des plans ("Ma santé 2022", "plan Buzyn", "plan urgences"...), qui peut donner l'illusion que la question de l'hôpital est prise au sérieux.* »

On est donc loin du compte. Pour répondre aux besoins sociaux — énormes —, au-delà même de la santé, il faudrait des ressources. Mais le gouvernement ne prévoit que des sparadraps et du jonglage. En témoigne la création d'une taxe sur les complémentaires santé, qui devrait rapporter à l'assurance-maladie 1,5 milliard d'euros en 2020 et 2021, et qui sera sans doute répercutée sur les tarifs, c'est-à-dire payée par les souscripteurs. La cinquième branche, consacrée à la perte d'autonomie, démarrera avec des transferts de ressources d'autres branches.

Pour combler le « trou » de la Sécurité sociale, deux lois votées cet été prévoient le transfert progressif, d'ici à 2023, de 136 milliards d'euros de sa dette vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) (5), dont la durée de vie est prolongée de 2024 à 2033 (loi organique du 7 août 2020). À charge pour la Cades d'emprunter sur les marchés. Après la fiscalisation, la financiarisation du financement de la Sécurité sociale s'accélère.

Dans sa politique générale, le gouvernement persiste à vouloir baisser la pression fiscale et le « coût » du travail — soit en fait la masse salariale —, en ajoutant encore aux exonérations et aux allègements de cotisations sociales qui se sont accumulés depuis les années 1990 (6). Il en résulte un manque de ressources pour la Sécurité sociale. Selon la loi Veil de 1994, l'État doit compenser son manque à gagner. Il ne s'y plie pas et, au total, 60 milliards d'euros de ressources ont été perdus entre 1992 et 2018, selon l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos). Le phénomène s'est accéléré sous la présidence de M. Macron, le gouvernement ayant décidé de ne plus compenser du tout.

Faute de ressources à la hauteur des besoins, la « régulation » continuera donc à se faire par les dépenses. Et, à ce jeu, l'hôpital public a toujours servi de variable d'ajustement. Il est contraint de faire face aux tensions de la société tout en étant sommé d'être rentable. À lui d'assumer par exemple, à travers les urgences, la permanence des soins que la médecine de ville était censée prendre en charge mais qu'elle n'assure plus (manque de généralistes du fait du *numerus clausus*, déserts médicaux liés en partie à la liberté d'installation (7)...). Pourtant, quand l'Ondam dérape en cours d'année, faute de véritables moyens et de volonté pour maîtriser les soins de ville, c'est l'hôpital qui subit le tour de vis. Avec d'autant plus de force que les pouvoirs publics ont en main tous les outils de contrôle, par le biais de la tarification à l'activité (T2A) et du point flottant (8). En elle-même, la T2A pénalise toutes les missions non quantifiables, non standardisables et non rentables de l'hôpital ; avec le point flottant, si l'activité et le nombre d'actes

augmentent plus que prévu lors de l'élaboration de l'Ondam, les tarifs sont diminués au prorata du dépassement. C'est l'étouffement assuré.

Dès 2017, M. Macron promettait de remettre en cause la T2A. Le PLFSS 2021 prévoit d'expérimenter pour cinq ans un mode de financement comportant une part de T2A, une part de financement à la qualité et une part de financement populationnel (en fonction des besoins de la population d'un territoire donné). Mais que recouvrent concrètement ces termes ? « *Il n'y a pas actuellement de solution alternative opérationnelle*, constate le sociologue Frédéric Pierru. *Et Bercy est très attaché à la T2A. C'est pourtant elle qui a fabriqué la dette. À partir de 2004, l'hôpital s'est endetté, a souscrit des emprunts toxiques. La dette est un moyen de chantage, un outil politique pour obliger à la restructuration. C'est la même logique que les plans d'ajustement structurel dans le tiers-monde.* » La pandémie de Covid-19 en révèle actuellement les dégâts (9).

Dominique Sicot

Journaliste.

(1) Lire André Grimaldi et Frédéric Pierru, « [L'hôpital, le jour d'après](#) », *Le Monde diplomatique*, avril 2020.

(2) L'Ondam comprend deux autres postes : le fonds d'intervention régional (3,8 milliards d'euros prévus pour 2021) et « autres dépenses » (3,8 milliards d'euros).

(3) Le Collectif inter-hôpitaux, voué à la défense de l'hôpital public, rassemble des médecins, des étudiants, des membres du personnel paramédical et administratif, etc. Il est en relation avec d'autres associations, tel le Collectif inter-urgences.

(4) Cf. Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent, *La Casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, Paris, 2019.

(5) Créée en 1996, la Cades est alimentée par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et par une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) ; elle émet des emprunts sur les marchés financiers.

(6) Nathalie Coutinet, Anne Eydoux, Anaïs Henneguelle, Christophe Ramaux et Henri Sterdyniak, « [Budget 2021 : une occasion manquée de réorienter l'économie](#) », *Les Économistes atterrés*, 13 octobre 2020.

(7) Lire Pierre Souchon, « [Cette France en mal de médecins](#) », *Le Monde diplomatique*, septembre 2016.

(8) Cf. Frédéric Pierru, « La tarification à l'activité (T2A) à la française. Entretien avec Brigitte Dormont », *Revue française d'administration publique*, n° 174, Paris, 2020.

(9) Lire Gilbert Achcar, « [Dans le tiers-monde, un "grand confinement" dévastateur](#) », *Le Monde diplomatique*, novembre 2020.