

taire en Egypte mais aussi son détournement à des fins pouvant constituer des crimes contre l'humanité. Lorsque les médias révèlent des faits d'une telle gravité, tels que des crimes de torture, crimes de guerre, crimes contre l'humanité ou génocide, une protection absolue des révélations journalistiques mériterait d'être adoptée, en ce que ces révélations sont des outils précieux de prévention contre ces crimes. C'est actuellement loin d'être le cas. La logique de protection des sources est d'être constituée par un principe général pouvant connaître d'importantes exceptions, sans que ces dernières ne connaissent elles-mêmes de limites: cela n'est en effet pas prévu par les législations française et européenne.

Un règlement européen à l'impact limité en France

Un règlement européen pour la liberté des médias est en cours de finalisation. Une version négociée en décembre 2023⁽⁶⁾ doit être adoptée au début de cette année 2024, si les Etats ne s'y opposent pas et que le Parlement européen le vote. Ce règlement prévoyait, dans sa version initiale, que l'introduction de logiciels espions pouvait être mise en place sur les téléphones et ordinateurs des journalistes en cas d'atteinte à la sécurité nationale. Après une âpre bataille conduite par les syndicats de journalistes, cette mention aurait été retirée⁽⁷⁾, non sans que la France ne se batte pour la maintenir, aux côtés de la Hongrie de Viktor Orban. L'intervention de l'autorité judiciaire a finalement été introduite dans le projet de règlement mais ne changera pas fondamentalement le droit français. Cette garantie procédurale n'empêche pas les ingérences étatiques: la perquisition du domicile d'Ariane Lavrilleux a été autorisée et conduite par un juge. Sans une culture forte d'indépendance des magistrats à l'égard de l'Etat, ces garanties procédurales risquent d'être superficielles. Par ailleurs, si le débat se concentre sur la possibilité pour l'Etat d'intervenir en cas d'atteinte à la sécurité nationale, une liste des infractions justifiant de telles interventions est prévue, particulièrement longue, avec mention de trente-deux délits. Pas de quoi constituer une réelle garantie ou une réelle avancée au regard du droit français. La liberté de la presse est un combat toujours renouvelé et loin d'être gagné. ●

Financiarisation du système de santé: impacts

Cet article rend compte de l'un des ateliers⁽¹⁾ de l'université d'été des mouvements sociaux et des solidarités (UEMSS) qui s'est déroulée du 23 au 27 août 2023, à Bobigny. Préparé en coopération avec d'autres organisations intervenues à cette occasion⁽²⁾, cet atelier a abordé le sujet majeur de la financiarisation du système de santé, avec une question: quelles conséquences sur le service public et le droit à la santé?

Philippe LAVILLE, membre du Comité national de la LDH, coresponsable du groupe de travail LDH « Santé, bioéthique », ancien formateur d'enseignants et de soignants⁽³⁾

Les inégalités sociales et territoriales de santé⁽⁴⁾, tant en amont du soin que dans l'effectivité du droit d'accéder à des soins de même qualité partout pour toutes les personnes en ayant besoin⁽⁵⁾, sont maintenant largement analysées⁽⁶⁾ et reconnues; y compris par la plupart des pouvoirs publics, qui ont longtemps contesté l'existence même de « déserts médicaux » mais qui continuent à ne pas écouter les recommandations des organisations qui alertent sur la situation depuis plusieurs décennies. De nombreuses études sont également consacrées aux multiples causes environnementales⁽⁷⁾ de maladies évitables, à la préven-

tion, à la dégradation du service public hospitalier et ses causes⁽⁸⁾, aux scandaleuses politiques du médicament mises au grand jour par la pandémie de Covid-19... Sans oublier la récente affaire Servier, avec le Mediator. Sont aussi bien étudiées, depuis longtemps, les dimensions marchandes de la protection sociale avec les désengagements progressifs de la couverture solidaire par la Sécurité sociale depuis

(1) Cet atelier prolongeait une table-ronde initiée sur ce thème par la section LDH d'Aix-en-Provence, en 2022.

(2) Le Collectif inter hôpitaux, le Collectif de professionnels et de patients pour la refondation de la santé, la Fédération des mutuelles de France, les Syndicats nationaux FSU des chercheurs scientifiques-SNCS (éditant le magazine *La Vie de la recherche scientifique-VRS*) et de l'Enseignement supérieur (SNEsup) (coauteur de *VRS*).

(3) P.Laville a animé, le 27 août 2023, cet atelier UEMSS.

(4) Voir l'entretien avec D. Fassin, *D&L* n° 199, oct. 2022.

(5) Voir www.ldh-france.org/4-juillet-2022-tribune-collective-il-y-a-urgence-absolue-a-restauration-un-service-public-de-sante-degale-qualite-partout-pour-toutes-et-tous-publiee-sur-mediapart/ et la contribution hebdomadaire de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité; voir aussi le cahier santé du Rapport 2023 sur l'état des services publics (<https://nosservicespublics.fr/>).

(6) Avis CNCNDH du 17 fév. 2022 (www.cncndh.fr/publications/avis-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-2022-1).

(7) Voir *D&L* n° 201, juil. 2023, sur le chlordécone aux Antilles, et notre entretien avec Anne Marchand (*D&L* n° 203, oct. 2023).

(8) Voir l'entretien avec Sophie Crozier (*D&L* n° 195, oct. 2021); le site des Ateliers pour la refondation du service public hospitalier et *Soigner* (C&F éd., juin 2021); la vidéo 4 du colloque LDH « Santé publique » (<https://youtu.be/Ljyr6uWzsl0>).

quatre décennies, sur impulsion de pouvoirs politiques sensibles au lobbying du Medef et au profit des « complémentaires » assurantielles les plus inégalitaires⁽⁹⁾.

Il existe par contre peu de travaux approfondis sur, d'une part, la pénétration accélérée de grands groupes financiers multinationaux dans la gestion d'établissements de soins (alors qu'en dix ans, le secteur privé lucratif est passé de 25 à 35 % de l'offre de soins en France), et, d'autre part, sur la place prise par le secteur commercial dans de multiples externalisations au sein des hôpitaux publics, par ailleurs soumis aux mêmes exigences de rentabilité et de regroupements de services avec leurs conséquences sur les patients et les soignants.

Les intentions louables n'ont plus cours...

Une étude socioéconomique serait à faire sur les multiples motivations qui ont conduit pendant des années à l'ouverture de petites cliniques privées, le plus souvent par des médecins. Elles n'étaient pas toutes à des fins mercantiles et s'orientant vers une patientèle exclusivement aisée.

(9) Voir Philippe Batifoulier, *Capital santé* (La Découverte, oct. 2014), l'université d'été Medef filmée par Gilles Perret (www.la.sociale.fr, 2016), et les exposés et diaporamas à l'UEMSS du 27 août 2023 de l'économiste Nathalie Coutinet et du médecin Philippe Bizouarn (<https://partage.ldh-france.org/s/DwiYEqSYoNFsgz6>).

(10) Voir *Démocratie sanitaire* de Didier Tabuteau (O. Jacob, 2014), coauteur du *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire* (O. Jacob, 2011), soutenu par la LDH.

(11) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

(12) Hôpital, patients, santé, territoires.

(13) Voir André Grimaldi, *L'Hôpital malade de la rentabilité* (Fayard, 2009).

(14) www.ldh-france.org/ne-laissez-pas-faire-l-hopital/.

(15) Association des directeurs au service des personnes âgées.

(16) Voir l'analyse du GT LDH « Santé, bioéthique » en juin 2019 (<https://partage.ldh-france.org/s/JoLzM6N-tyz28Cz>).

(17) Auteur de *Santé publique, bien commun* (Hémisphères, 2023); voir *D&L* n° 202, nov. 2023.

(18) Voir dans *Le Monde* du 30 juillet 2018 des cartes très significatives d'Emmanuel Vigneron (dir.), avec, depuis 1995, 95 services d'urgences supprimés et 173 créés dont 124 dans le privé lucratif (impossible avant la loi HPST de 2009), 35 dans le service public (pour 60 supprimés) et 14 dans le privé non lucratif (pour 35 supprimés).

(19) Structure mobile d'urgence et de réanimation.

(20) Comme la Générale de santé (cf. supra), devenue Ramsay-Générale de santé en 2014, avant disparition du nom en 2019 dans la filiale française Ramsay santé du groupe multinational d'origine australienne...

On connaît des praticiens et équipes qui ont parfois quitté leur hôpital public, considéré comme faisant obstacle à l'expérimentation de pratiques innovantes dans certains secteurs, notamment dans la relation patient ; ou pour échapper au pouvoir abusif de directions administratives négligeant les médecins et les soignants, en particulier dès les premières orientations gouvernementales et velléités gestionnaires à faire fonctionner l'hôpital comme une entreprise privée, avec des objectifs de rentabilité économique...

Ce fut d'ailleurs avec de tels objectifs innovants et des projets de démocratisation que furent créés de nombreux établissements privés à but non lucratif, en particulier mutualistes, bien avant la loi de 2002 sur les droits des malades et pour plus de démocratie sanitaire⁽¹⁰⁾ – dans le prolongement de l'organisation de patients et des luttes de leurs associations pour qu'ils soient aussi acteurs de leurs soins.

Depuis une douzaine d'années, ces velléités louables sont en voie de disparition, et on ne compte plus le nombre de cliniques, y compris mutualistes, qui sont chaque mois absorbées par de grands groupes multinationaux, essentiellement en MCO et SSR⁽¹¹⁾, et s'étendant, au-delà des soins, aux laboratoires d'analyses biologiques, à l'imagerie médicale, au secteur médicosocial, particulièrement pour personnes âgées...

Marchandisation et choix gouvernementaux

On peut relever quelques dates significatives de l'évolution vers une marchandisation accrue de la santé.

En 1982 on a d'abord vu les difficultés du ministre communiste Jack Ralite dans la mise en œuvre d'un projet novateur (« charte de la santé » visant à lutter contre les inégalités, accroître les recrutements et formations des médecins et supprimer le secteur privé à l'hôpital public). C'est un peu plus tard, en 1987, que se fait la première entrée en Bourse de cliniques avec la Générale de santé, regroupement de plusieurs établissements de santé privés à but lucratif des Hauts-de-Seine ayant créé le premier « hôpital » privé à Antony, sous l'égide de la Générale des eaux.

Au niveau pharmaceutique, l'année 1993 est marquée par la privatisation du groupe Rhône-Poulenc (nationalisé en 1982), devenu depuis Aventis puis Sanofi. La seule production publique en France

« Il existe peu de travaux approfondis sur la pénétration accélérée de grands groupes financiers multinationaux dans la gestion d'établissements de soins, alors qu'en dix ans, le secteur privé lucratif est passé de 25 à 35 % de l'offre de soins, en France. »

est aujourd'hui celle de laboratoires de l'AP-HP, pour des médicaments en petites quantités et considérés comme non rentables commercialement (pour des maladies dites orphelines).

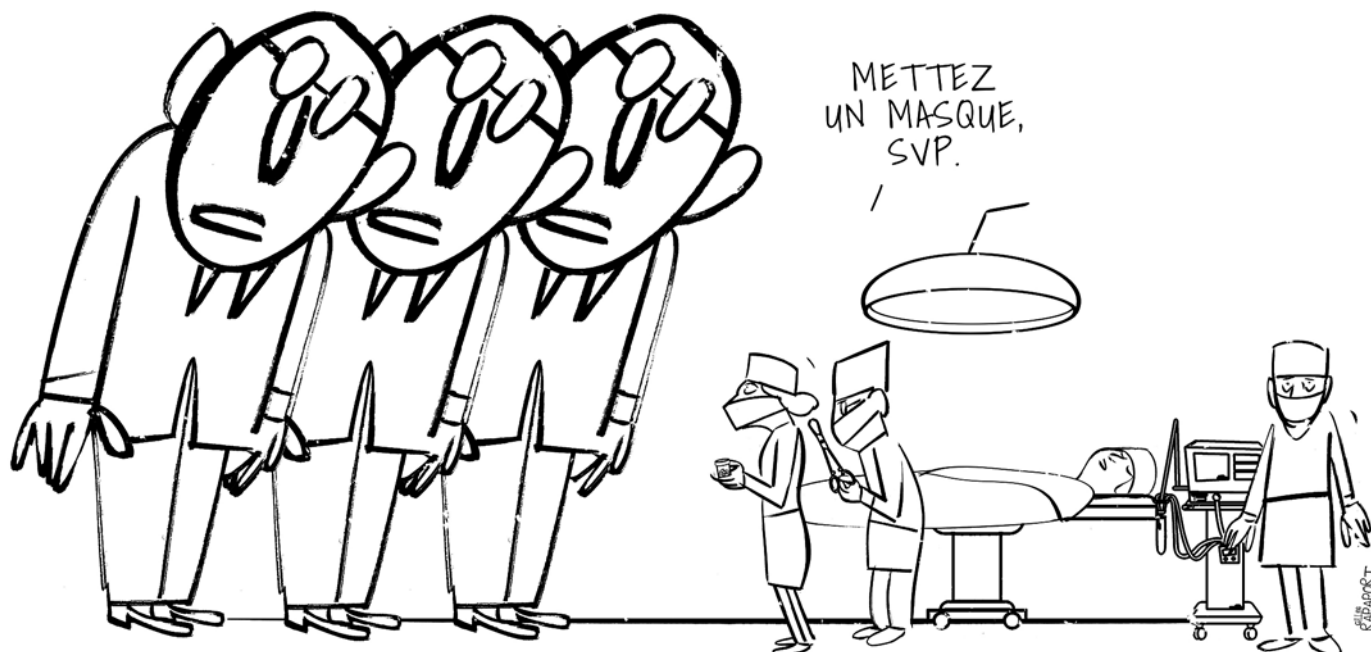
Et c'est en 2009 que la loi « HPST »⁽¹²⁾, dite loi Bachelot, crée les agences régionales de santé, avec des directions générales toutes puissantes, encourageant un management de type entreprise⁽¹³⁾ pour les établissements publics, selon les modèles du secteur privé lucratif. La loi supprime les termes mêmes de « service public », rebaptise les établissements privés non lucratifs, dits PSPH (« Participant au service public hospitalier »), en Espic (« établissement de santé privé d'intérêt collectif »). On efface ainsi toute référence aux trois principes du service public : continuité, égalité (ayant valeur constitutionnelle) et mutabilité/adaptation aux besoins des populations. Résultat : une régression où « la santé des entreprises passe avant celle des individus » (P. Batifoulier). La LDH s'en est indignée, dans une pétition nationale : « Ne laissez pas faire ! L'hôpital public est votre hôpital ! Défendez-le avec nous »⁽¹⁴⁾. Pour être rentable, l'hôpital transformé en entreprise devra sélectionner les pathologies et les patients, diminuer le nombre de personnels : moins d'infirmières, moins d'aides-soignantes, moins de médecins, moins de secrétaires, moins d'assistantes sociales. Il est à l'époque prévu de supprimer vingt-mille emplois dans l'ensemble des hôpitaux...

Une aggravation de la situation en 2018

Depuis, comme dans de nombreux autres services publics, les dégradations du service public de santé n'ont pas cessé. Leurs fondements, à travers l'ensemble des poli-

CES MÉDECINS
SONT NULS,
ILS NE RAPPORTENT
RIEN.

© GILLES RAPAPORT (HTTP://DESSINS-RAPAPORT.COM ET HTTP://GILLES-RAPAPORT.COM)



C'est en 2009 que la loi « HPST », dite loi Bachelot, a créé les agences régionales de santé, avec des directions générales toutes puissantes, encourageant un management de type entreprise pour les établissements publics, selon les modèles du secteur privé lucratif. Les dégradations du service public de santé n'ont pas cessé depuis.

tiques conduites depuis plus de trente ans et leurs conséquences sur le service public hospitalier, ont été très bien analysés par Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent dans *La Casse du siècle - A propos des réformes de l'hôpital public* (Raisons d'agir, 2019).

L'aggravation a été maximale en 2018 dans les services et établissements pour personnes âgées, expliquant le mouvement social inédit de leurs personnels, soutenus par l'association regroupant la majorité des directions d'établissements publics et associatifs⁽¹⁵⁾. Les mobilisations ont été ensuite très importantes dans le service public hospitalier en 2019 et jusqu'au début de la pandémie, particulièrement dans les services d'urgences⁽¹⁶⁾ et en psychiatrie, dans un contexte de pratiques managériales insupportables et de dégradation de la démocratie sanitaire. La pénurie de personnels s'est accrue sous

l'effet non seulement de suppressions de postes et de services (de 11,1 à 6 lits pour mille habitants, soit moins 46 % entre 1980 et 2017!) et du non-remplacement de départs en retraite, mais aussi de l'insuffisance de recrutements/formations de médecins comme de paramédicaux. La pyramide des âges et l'usure prématurée et accrue des personnels en raison de leurs conditions de travail ne sont pas prises en compte. Des démissions s'en suivent, aggravant ladite pénurie.

Externalisations et groupes financiers

Pendant que cette spirale infernale dégrade gravement la capacité du service public à assurer partout une égale qualité soignante, de nombreuses fonctions d'établissements publics de santé sont de plus en plus soustraites par des contrats commerciaux avec des entreprises, allant de pair avec une précarisation des emplois les moins rémunérés, comme dans la plupart des services publics. Une présentation détaillée en a été faite lors de l'UEMSS par le médecin hospitalier Philippe Bizouarn⁽¹⁷⁾. Cela a commencé il y a plusieurs dizaines d'années parce que qui ne se voyait pas trop (blanchisserie, analyses biologiques, équipement et maintenance techniques etc.), avant de se généraliser massivement (tâches de gestion, communication, archivage des dossiers

patients... et vente de services aux hospitalisés en chambre particulière). Ces « externalisations », aux prétextes d'économies, d'efficacité, ont négligé les effets négatifs pour les patients, notamment en supprimant la complémentarité avec les équipes soignantes des salariés chargés de la restauration et de l'entretien des chambres (de surcroît souvent mal payés/formés/équipés pour ces tâches).

Si l'existence d'un secteur privé à but lucratif est ancienne dans le secteur de la santé, la liberté de choix n'existe plus, et ce au détriment du patient. Il est de plus en plus risqué de se réveiller, après un accident, dans le service d'urgences d'un établissement privé commercial sans le souhaiter. Ceci du fait de la carte sanitaire dans de nombreux départements où, depuis une douzaine d'années, de grands groupes financiers profitent de fermetures d'hôpitaux publics ou de leurs services, particulièrement d'urgences⁽¹⁸⁾, pour occuper massivement le terrain. Ces groupes rachètent également ce qui reste de cliniques isolées et d'établissements privés non lucratifs, notamment mutualistes : il y a même maintenant un Smur⁽¹⁹⁾ privé, rattaché à un établissement à but lucratif. Quatre grands groupes financiers multinationaux ont absorbé au passage d'autres groupes plus anciens⁽²⁰⁾ et sont dirigés non plus par des professionnels de



© DK

Les « externalisations », aux prétextes d'économies, d'efficacité, ont négligé les effets négatifs pour les patients.

constitue des escroqueries à la Sécurité sociale. Notons aussi des actes chirurgicaux inutiles mais rentables, au détriment du droit à des soins d'égalité ⁽²⁷⁾ ;

- réduire les services fournis ou les facturer au maximum : toilettes, repas/protections... (Orpea, notamment), avec parfois des frais indus ajoutés à la facture ;
- retirer de la revente de parts une plus-value aussi importante que possible.

Ne serait-il pas temps, alors qu'on parle de plus en plus de biens communs, de peser pour que les services de santé deviennent des « institutions du commun » ⁽²⁸⁾, avec ce que cela pourrait dynamiser ? D'enclencher un dispositif avec les principaux acteurs de la santé, les organisations de patients et de défense des droits, pour que cela devienne l'affaire de tous, dans le cadre d'une démocratie sanitaire à rénover ? Il est urgent de stopper ce processus de dénaturation du système de santé, avant qu'il ne soit trop tard ⁽²⁹⁾. ●

(21) Aux quatre acteurs les plus importants (Ramsay, Elsan, Vivalto Santé, Almaviva Santé), ajoutons, pour leur place dans le médicosocial, Korian, Orpea LNA Santé, DOMUS Vi. Evoquons enfin la puissante multinationale Fresenius (monopole sur de nombreux produits de santé), et enfin les grands groupes ayant absorbé la plupart des laboratoires d'analyses biologiques : Biogroup-LCD, Inovie, Cerba, Synlab/Labco, Eurofins... Voir détails dans notre diaporama : <https://partage.ldh-france.org/s/DwiYEqSv0NF5gz6> (spécialement après diap. 18).

(22) Sur les maltraitances, voir, en 2018 : www.cncdh.fr/publications/avis-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-2022-1.

(23) Voir D&L n° 198, sept. 2022, p. 57.

(24) Pierre Volovitch, dès 2008, et d'autres économistes ont montré qu'à l'échelle de pays comparables plus la prise en charge collective est faible et plus la dépense est forte.

(25) Au-delà de ce qui est pris en charge par la Sécurité sociale sur la base de la très décriée T2A (tarification à l'activité), fixant une durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en fonction du type d'acte et prenant peu en compte la diversité des patients.

(26) Particulièrement en Ehpad, avec le recours à des aides-soignants et à des infirmiers encore en formation.

(27) Constatation notamment de taux élevés de césariennes et de grandes inégalités en chirurgies de la prostate, variables selon départements.

(28) En adaptant la septième proposition de l'ouvrage de Pierre Dardot et Christian Laval, *Commun* (La Découverte, 2016).

(29) Voir dans *Le Monde* du 8 janv. 2024 « La financiarisation du système de soins n'est pas inéluctable », par les animateurs du CPPRS.

santé mais par des acteurs du monde de la finance. Ils envahissent aujourd'hui la santé et le médicosocial ⁽²¹⁾.

Prédation financière, maltraitances ⁽²²⁾

L'affaire Orpea a montré clairement, grâce aux investigations de Victor Castanet décrites dans *Les Fossoyeurs* ⁽²³⁾, que les appétits marchands ne devraient pas exister en santé car ils produisent altération de la qualité des soins et surcoût de dépenses de santé ⁽²⁴⁾.

Mais comment faire des profits et payer des actionnaires lorsqu'on se rend bien compte, en travaillant dans le secteur public en santé et médicosocial, que les financements réglementés laissent généralement peu de marges en dehors des dépassements d'honoraires (DH) ⁽²⁵⁾, parfois particulièrement élevés ? Quelques pratiques plus ou moins légales ont été observées, les premières étant déjà mises en œuvre depuis longtemps par la plupart des établissements privés à but lucratif (avec actionnaires) :

- investir les secteurs les plus « rémunérateurs », particulièrement en chirurgie répétitive, la T2A avantageant les actes techniques courts et isolés avec un faible suivi du patient, et ouverture à des publics « captifs » arrivant en service d'urgences

(rendu possible par loi HPST), avec possibilité de transfert rapide dans un service où les DH sont possibles... Selon Arnaud Bontemps, magistrat à la Cour des comptes et co-porte-parole du collectif Nos services publics (rapport du 14 sept. 2023), les grands groupes privés captent actuellement « 53,4 % des séjours en chirurgie, c'est-à-dire une majorité d'actes très programmables et parmi les plus rentables » ;

- ne pas accepter ou évacuer vite, vers le service public, sous divers prétextes, les patients décrits comme des « patates chaudes » : pauvres et présentant des poly-pathologies, en particulier en lien avec des maladies chroniques (douze-millions de personnes concernées). Ces maladies peuvent nécessiter des séjours plus longs et complexes, mal financés ;

- diminuer les coûts salariaux de soignants en multipliant stagiaires, CDD « faisant fonction » ⁽²⁶⁾... en dehors de l'environnement opératoire immédiat (pour les cliniques), et réduire le nombre de stagiaires lors de visites d'évaluation des établissements ;

- encourager des actes inutiles (imagerie ou analyses biologiques notamment), parfois difficiles à identifier comme tels, ou plus ou moins réalisés, en particulier les déplacements sanitaires injustifiés... Cela

« Ne serait-il pas temps, alors qu'on parle de plus en plus de biens communs, d'enclencher un dispositif avec les principaux acteurs de la santé, les organisations de patients et de défense des droits, pour que cela devienne l'affaire de tous, dans le cadre d'une démocratie sanitaire à rénover ? »