

Préface
Fabien Roussel,
secrétaire national du PCF

Cette pandémie du Covid 19 révèle chaque jour un peu plus l'écrasante responsabilité de notre modèle économique, du poids de la finance, des logiques de profits qui ont prospéré sur l'exploitation des hommes et de la planète.

Nous avons été bien seuls, avec d'autres, ces dernières années à alerter sur la déshumanisation de la société, sur les risques écologiques ou sur la casse de nos services publics, notamment celui de la santé.

Et aujourd'hui, tout le monde y va de sa petite note pour dire qu'il faut tout changer. Tout le monde veut plus de souveraineté économique, d'industrie, de services publics, et nos soignants sont devenus des héros. Chaque soir à 20 heures, nous avons pris l'habitude de les applaudir depuis nos balcons. Hommage spontané et mérité tellement les héros sont fatigués. Comment pourrait-il en être autrement, quand l'hôpital public subit, depuis des décennies, les désengagements massifs de l'État ? Depuis le plan Juppé en 1995, avec la création de l'enveloppe fermée des dépenses de santé jusqu'à la réforme Buzyn et la rationalisation des dépenses en 2018, c'est la même logique comptable qui est à l'oeuvre. Cette logique qui assimile la santé à une marchandise et contre laquelle nous, communistes, nous nous sommes constamment opposés, au Sénat comme à l'Assemblée

nationale. Car c'est cette vision qui a conduit à la fermeture de 100 000 lits en vingt ans et qui a imposé aux hôpitaux publics près de 9 milliards d'euros d'économies entre 2005 et 2019.

Loin de ralentir, le mouvement au contraire s'accélère depuis l'arrivée au pouvoir d'Emmanuel Macron. Le 14 avril 2018, lors d'un entretien télévisé, le président de la République affirmait pourtant : « *Il n'y aura pas d'économie sur l'hôpital durant ce quinquennat, je vous rassure* ». Résultat, comme souvent à l'opposé des belles paroles, son gouvernement aura réalisé, en trois budgets de la Sécurité sociale, 12,2 milliards d'économies sur les dépenses de santé, avec notamment 3,150 milliards sur le dos des hôpitaux. Autant dire une saignée inédite.

Alors oui, il est urgent de refonder l'hôpital public, comme nous le propose cet ouvrage coordonné par le docteur Michel Limousin.

Le constat aujourd'hui est accablant : face à la pandémie de Covid-19, notre système de santé, fragilisé à l'extrême, n'a tenu la digue que grâce au dévouement exceptionnel et à la compétence de tous les personnels mobilisés. Sans cet engagement exemplaire, le combat était perdu d'avance, faute de « munitions » suffisantes, comme le décrit très bien le docteur Christophe Prudhomme.

Le diagnostic, pourtant, est posé depuis longtemps. L'hôpital est en crise, il suffit pour s'en convaincre d'être à l'écoute, de saisir les multiples signaux d'alarmes tirés par des personnels en souffrance et en lutte.

C'est la raison pour laquelle notre groupe a choisi d'interpeller la ministre de la Santé sur ce thème, dans le

cadre des semaines de contrôle à l'Assemblée nationale. Le 10 janvier 2018, les parlementaires communistes réunissaient les professionnels de la santé, leurs syndicats sur le thème « Hôpital en danger, politique à refonder ». Devant les témoignages ahurissants des soignants dénonçant leurs conditions de travail, a émergé l'idée de vivre la crise de l'intérieur.

C'est comme ça qu'a été lancée l'initiative d'un tour de France des hôpitaux et des EHPAD. L'objectif : servir de relais pour tous ces cris d'alerte qui montaient si fort de tout le pays, mais aussi les traduire sous forme de propositions législatives.

De février 2018 à juin 2019, nous avons ainsi visité plus de 160 établissements et rencontré, dans l'Hexagone et dans les territoires d'Outre-mer, plus de 6 000 personnes. Des femmes et des hommes épuisés, éreintés par les politiques d'austérité successives. Accablés aussi par le manque de reconnaissance, voire le mépris opposé à leurs légitimes demandes de moyens supplémentaires.

De toutes ces visites, nous avons entendu un même cri de révolte, et autant de paroles poignantes : « *Ce n'est plus notre cœur de métier* » ; « *nous avons appris le protocole de bienveillance, aujourd'hui nous sommes dans la maltraitance* »... Du chef d'établissement à baide-soignante, de la secrétaire médicale à l'infirmière, de l'usager au brancardier, nous avons vu, ressenti la douleur, la colère de devoir « *toujours faire plus avec de moins en moins de moyens* ».

De semaines en semaines, la question des hôpitaux publics et des EHPAD, tout comme celle des urgences et de la psychiatrie, s'est installée de façon permanente dans le débat

public. Sous l'effet des grèves, des appels multiples et des campagnes de pétitions, l'*omerta* sur des conditions de travail indignes s'est brisée. Des centaines de services hospitaliers protestent pour une noble cause : travailler dignement, soigner correctement. Rien de plus, rien de moins.

Pourtant, alors que notre système de santé agonise sous ses yeux, le gouvernement reste obstinément sourd. Présenté en septembre 2018, le plan « Ma santé 2022 », qui a abouti à l'adoption d'une loi en juillet 2019, n'apporte pas de financements nouveaux. Cette énième réforme, sans financement nouveau, non seulement ne répond pas à la crise aiguë de l'hôpital, se contente de mesures de réorganisation, mais elle poursuit les réductions des dépenses publiques, faisant planer la menace de nouvelles fermetures de structures et de services avec la refonte de la carte hospitalière.

Surdité encore face à la détresse des urgences. A mille lieux des besoins recensés, la ministre de la Santé se contente de douze « mesurette ». Des réponses hors-sol, voire ahurissantes au regard des principales revendications des soignants et des collectifs de patients. Loin, si loin de l'état d'urgence sanitaire réclamé par les parlementaires communistes. Les 750 millions d'euros du « plan Buzyn », dont personne n'a encore identifié la provenance, ne peuvent faire illusion. Car derrière le frêle paravent se cache une tout autre réalité. Le budget de la Sécurité sociale 2020 prévoit en effet d'amputer le budget de l'hôpital de près d'un milliard d'euros, après les 2,6 milliards d'économies imposés en 2018 et 2019.

Voilà où nous en étions à la veille d'une catastrophe sanitaire, certes inédite, mais en face de laquelle nous nous

sommes trouvés si démunis. La pandémie du Covid-19 a révélé une impréparation criante, autant que l'aveuglement comptable du gouvernement.

Ce chaos aurait pu, sinon être évité, du moins largement atténué. Car dans le sillage du tour de France des hôpitaux, les parlementaires communistes ont formulé plusieurs propositions, notamment celle d'un moratoire sur la fermeture des lits et des établissements. Mais surtout, au terme d'un vaste travail collectif avec les personnels soignants et les différents acteurs de la santé, ils ont construit un véritable plan d'urgence dans une ambitieuse Proposition de loi, déposée le 16 octobre 2019 à l'Assemblée nationale.

Sans être exhaustives, les mesures avancées dans le texte préfigurent une réforme plus globale du système de santé pour laquelle nous sommes entièrement mobilisés. Elle passe bien sûr par une hausse du financement de l'assurance-maladie et de l'hôpital public. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est, chaque année, limité par le gouvernement à environ 2 %. Véritable variable d'ajustement de l'équilibre financier des comptes de la Sécurité sociale, l'hôpital public est la première victime de ces logiques comptables. Résultat : six sur dix sont en déficit, c'est-à-dire empêchés d'investir et limités dans la qualité des soins. Il est donc urgent de sortir de cette logique de réduction des dépenses de santé et de répondre aux besoins des hôpitaux publics, sans oublier de consolider les recettes de la Sécurité sociale. C'est possible en supprimant progressivement les dispositifs d'exonérations de cotisations sociales patronales qui assèchent les recettes de la Sécurité

sociale. En 2019, ces dispositifs représentent une somme de 63 milliards d'euros, en augmentation de 40 % par rapport à 2017. Cet argent, nous devons le récupérer, pour remettre notre système de santé en ordre de bataille. Cela suppose, par exemple, de soumettre les revenus financiers des entreprises à des cotisations sociales sur la même base que les taux de cotisations sociales payées par les employeurs sur les salaires.

La fiscalité doit être un levier et non un obstacle. Pourquoi ne pas exonérer les établissements publics de santé et les EHPAD publics de taxe sur les salaires, comme cela se fait déjà pour l'État et les collectivités territoriales ? Cette mesure, incluse dans notre Proposition de loi, aurait permis de redéployer 4 milliards d'euros dans l'activité hospitalière dès 2020. Nous aurions ainsi pu financer des réouvertures de lits, des embauches et des revalorisations salariales dans l'ensemble des services.

Renforcer le service public hospitalier, c'est aussi renoncer à une gestion calquée sur celle de l'entreprise commerciale. L'instauration de la tarification à l'activité, la création de groupements hospitaliers de territoire tout comme la généralisation des méthodes de management privé témoignent d'une trajectoire qui nous a conduits dans l'impasse. Or la loi Santé de 2019 non seulement ne tire aucune leçon de ces échecs, mais poursuit dans la même voie néfaste, en insistant sur les questions d'organisation et de sécurité de l'activité hospitalière tout en niant le problème central du financement. Sortir l'hôpital des exigences de concurrence et de rentabilité est donc un impératif pour garantir sur tout notre territoire des soins de proximité et

de qualité. D'où l'idée, par exemple, d'instaurer un seuil minimal de présence hospitalière dans chaque bassin de vie, à moins de 30 minutes du domicile en transport. Cette mesure concerne en particulier les services de maternité, dont les fermetures récurrentes contribuent à éloigner les patientes des structures d'accouchement.

L'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les déserts médicaux, le renforcement des EHPAD pour répondre au défi de la perte d'autonomie, l'instauration d'une véritable démocratie sanitaire, l'organisation d'une politique publique du médicament et des dispositifs médicaux, la reconstruction d'une psychiatrie humaine : les défis ne manquent pas pour rebâtir un système de santé à la hauteur de notre pacte social. Telle était l'ambition de la Proposition de loi déposée cet automne par les députés communistes, restée lettre morte. A l'époque, le gouvernement campait, droit dans ses bottes, sur des certitudes d'un autre temps. La mobilisation nationale du 14 novembre des hôpitaux publics, pas plus que la démission inédite de leur fonction administrative de plus de 1 000 chefs de service ne semblaient en mesure de contraindre la majorité à s'emparer de toute proposition susceptible de soulager un si grand malaise.

Jusqu'à ce que la pandémie, d'une ampleur inédite, nous ramène à la raison, à nos impératifs de solidarité et d'humanité. Pour n'avoir pas su agir à temps, nous voilà confrontés au plus grand des défis : celui de préserver nos vies, « coûte que coûte », comme l'a martelé le président. Pour notre part, nul besoin de nous « réinventer ». Et pour cause, le monde d'après, celui qui devra être plus juste, plus

respectueux de la planète, de la biodiversité, qui tournera le dos à la globalisation et à l'obsession de la rentabilité, ce monde-là, c'est celui que nous prônons depuis notre naissance, voici tout juste un siècle.

Refonder l'hôpital public, c'est donc penser l'avenir, tout en répondant à l'urgence sanitaire. Voilà pourquoi je souhaite que la santé soit déclarée grande cause nationale pour la décennie à venir. Oui, il faut un plan massif de soutien aux hôpitaux publics, que nous chiffrons à dix milliards d'euros, pour la création de lits, l'embauche de personnels soignants et non-soignants, la revalorisation des salaires, le paiement des heures supplémentaires, et l'achat de matériel médical.

Nous devons aussi absolument nous « réarmer » face au risque sanitaire. La crise liée au Covid-19 l'a cruellement démontré : en perdant la maîtrise de la production de médicaments, en particulier de principes actifs et de matériels de protection, notre pays s'est considérablement affaibli.

Avant même l'arrivée du coronavirus, les clignotants étaient déjà au rouge : en 2019, plus de 1200 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur faisaient l'objet de tensions ou de ruptures d'approvisionnement contre 800 en 2018 et seulement 44 dix ans plus tôt. Un recul effarant qui prend sa source dans les pires ressorts de l'économie globalisée : délocalisation des sites de production vers les pays à bas coûts, vente des médicaments aux plus offrants et tensions artificielles sur les stocks pour faire grimper les prix.

Il faut sortir de cette logique destructrice de marchandisation des soins de santé et des médicaments. Cela passe bien sûr par la relocalisation de notre production.

Notre pays doit disposer des moyens industriels suffisants pour garantir à la population la fourniture de médicaments essentiels, de bonne qualité et à des prix abordables. L'exemple de la société Famar Lyon est à cet égard édifiant. Alors qu'il produit 12 médicaments d'intérêt thérapeutique majeur le site est menacé de fermeture si rien n'est fait pour le sauver. Depuis qu'il a été placé en redressement judiciaire, le 24 juin 2019, une seule offre de reprise subsiste. Et encore, déposé par un tandem d'investisseurs, le projet industriel ne permet pas de garantir un avenir pharmaceutique ni de pérenniser les emplois (50 salariés conservés sur 250). Mêmes difficultés pour l'entreprise Luxfer, unique producteur européen de bouteilles d'oxygène médical, ou encore pour LFB, le Laboratoire public du fractionnement et des biotechnologies, suspendus aux lois du marché. Pour toutes ces entreprises stratégiques, nous demandons à l'État de prendre ses responsabilités, y compris par des nationalisations.

Mais au-delà, nous proposons la création d'un véritable pôle public du médicament, au service des besoins en santé de nos concitoyens. Cet établissement public aurait pour mission de contribuer à la recherche médicale et pharmaceutique, d'évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des médicaments et de garantir une information transparente. Ce programme aurait aussi la charge d'assurer la continuité d'approvisionnement des médicaments essentiels en mobilisant, le cas échéant, des moyens publics pour les produire et les distribuer sur le territoire national.

C'est à ce prix-là, celui d'une grande loi de santé publique, une loi de programmation sanitaire et budgétaire

pluriannuelle sur dix ans, que nous pourrons remettre à flot notre système de soins. Non, la santé n'est pas une marchandise ni un business, c'est notre bien commun le plus précieux. A nous de faire en sorte que plus personne ne l'oublie.

Introduction

REFONDER L'HÔPITAL PUBLIC

Réfléchir à ce que pourra être l'hôpital public de demain, analyser ses problèmes, faire des propositions est le but de cet ouvrage. La perspective est bien de préparer une loi de santé publique qui permette la refondation de l'hôpital public. Cette loi d'importance majeure marquera son époque et devra traiter aussi de l'ensemble du système de santé. Ceci se prépare et ce livre a l'ambition d'anticiper cette évolution.

L'hôpital joue un rôle majeur dans notre pays. C'est le lieu public ouvert à tous par excellence, de jour comme de nuit, où des soins de qualité sont dispensés. C'est un lieu de référence humaniste, sociale, médicale et scientifique. Il est habituel de dire qu'en France, on ne vous demande pas d'abord vos papiers ou votre Carte bleue lorsqu'on en franchit la porte. C'est son honneur. C'est un chaînon essentiel de la prise en charge sanitaire et sociale des patients. C'est un lieu de vie : on y naît, on y espère, on y vit, on y meurt. Et beaucoup de gens y travaillent. C'est la structure publique préférée des français. L'hôpital public, c'est la confiance. C'est dire à quel niveau se situe l'attente. C'est aussi la structure qui utilise massivement les fonds de l'Assurance maladie (41%). Les enjeux financiers et économiques y sont donc importants. C'est bien souvent le plus gros employeur du territoire. La

fonction publique hospitalière en France en 2018, c'est 1,168 million personnes¹. Le poids politique de l'hôpital est donc considérable.

Or l'hôpital public est en crise. Une crise ancienne et très profonde. Les luttes sociales sans précédents qui s'y déroulent en témoignent aujourd'hui. Depuis des mois on constate un mouvement de grève dans de nombreux services rassemblant largement tous les personnels. Mille deux cents médecins viennent de donner leur démission de leurs fonctions administratives. Les services d'urgence sont particulièrement mobilisés. Cette crise est un fait établi qui dure depuis des années. Au minimum depuis le début des années 90. Il faut d'abord en saisir les causes ou plus exactement les séries de causalités qui se croisent et s'entrecroisent et l'impactent. Ce n'est qu'ensuite que nous pourrions faire un diagnostic et proposer des solutions en indiquant les ruptures à opérer et les réformes à conduire. Enfin la crise sanitaire récente due à la pandémie de Covid 19 démontre une fois de plus si besoin en était, que l'hôpital public est le recours ultime et qu'il manque cruellement de moyens.

Les Français attendent quelque chose, une réponse car ils sont mobilisés. L'hôpital est un phénomène de civilisation : selon comment on le traite, on sait comment l'humain est traité. Il est l'image en abyme de toute la société. Et pour

¹ Selon le Ministère de l'Action et des comptes publics, 1,168 million d'agents travaillent dans la fonction publique hospitalière (FPH), soit 21,3 % de l'emploi public : 88,0 % dans les hôpitaux, 8,5 % dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et 3,5 % dans les autres établissements médico-sociaux.

reprandre une phrase célèbre : il n'a qu'un seul ennemi, la finance.

On peut classer schématiquement en deux grands groupes les déterminants de cette crise hospitalière :

Le premier groupe résulte d'un ensemble de politiques qui ont été conduites et qui ont agressé l'hôpital public constamment : il s'agissait d'en réduire le budget pour réguler les dépenses de l'Assurance maladie et ainsi pouvoir diminuer les cotisations sociales patronales. La situation très dégradée de l'hôpital est le témoin par excellence de la prédominance actuelle du capital dans l'affrontement Capital/Travail. Ainsi les méthodes de gestion ont-elles été asservies à cet objectif : le quinquennat de Sarkozy a été particulièrement agressif de ce point de vue. Plus récemment, il s'est agi de faire des profits sur le dos de l'hôpital en application des théories néolibérales et du marché roi : le président Hollande a marqué de son empreinte ce mécanisme. Quant à la période actuelle du macronisme, elle est celle de la restriction des moyens qu'un discours démagogique tente d'accompagner. Ces évolutions vont toutes dans le même sens et sont néfastes. Le néolibéralisme est le fil continu de cette idéologie.

Le second groupe est le fait d'une évolution sociale complexe imposée par l'évolution des sciences et des techniques, l'évolution des mentalités et des besoins humains. Ces évolutions de progrès sont nécessaires, elles remettent en cause les pratiques, les façons de faire et d'être, les rapports sociaux et le rapport de l'hôpital public au reste du monde. Quant aux sciences, particulièrement les biotechnologies, le numérique et les nouvelles méthodes exploratoires, elles

offrent des moyens nouveaux de se soigner. Ces évolutions sont positives et doivent porter l'espoir. Elles exigent des transformations profondes de l'activité hospitalière.

Ainsi voit-on que se mélangent des problématiques de natures diverses qui sont incontournables. Il faut toutes les traiter et en comprendre les interactions. Le modèle de sortie de crise ne peut en aucun cas être le statu quo ou encore le retour à l'état antérieur. L'ampleur de la tâche nous conduit donc à véritablement poser la question de la refondation de l'hôpital public. Que voulons-nous ? A quoi sert-il ? Quels sont les moyens et les méthodes à remettre en œuvre ?

La première chose qu'on peut dire de la crise actuelle est qu'elle est tellement profonde qu'elle touche à l'essentiel : l'identité même de l'hôpital public. Ces dernières années, sous la présidence de Nicolas Sarkozy, puis d'une autre manière, nous voulons dire avec un autre discours, sous les présidences de François Hollande et d'Emmanuel Macron, l'utilité de l'hôpital a été niée, son identité a été bafouée. La perte de confiance vis à vis du pouvoir politique traverse la population et les personnels. Aucun travail sérieux de négociation n'a été conduit par les pouvoirs publics. Le pouvoir en place a mis des responsables de chemin de fer ou des fabricants de yaourt à la tête des plus grandes institutions hospitalières pour gérer l'hôpital-entreprise. Il a éliminé les représentants du peuple (les élus, les maires) et ceux des personnels des organes de direction. Il a mis en place des directions poutiniennes, verticales, soumises en prise directe à l'autorité gouvernementale via le truchement des directeurs des ARS. Les services ont été restructurés sans fin ad nauseam

pour casser les résistances. On s'est coupé ainsi du savoir, de l'expérience pour mieux appliquer les méthodes de l'École de Chicago si bien décrites par N. Klein en 2008 dans « *La stratégie du choc* »².

Toute nouvelle politique devra donc commencer par réaffirmer haut et fort l'utilité de l'hôpital. Sa spécificité sociale et économique. Son identité hors marché. Sa nature de service public. Ses règles éthiques. Ce sera là un moment de rassemblement de toutes les parties prenantes : les citoyens, les personnels, les directions, les médecins, les organisations représentatives des personnels et des celles des usagers.

Il faudra ensuite réaffirmer le rôle de l'État dans ce système. L'État est le garant de l'hôpital public, il en est donc le premier responsable. Il doit lui apporter son soutien, en particulier financier. Depuis tant d'années il a arrêté les investissements, obligeant l'hôpital à emprunter sur son budget de fonctionnement : or celui-ci est pris en charge par l'Assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients eux-mêmes. Ainsi par cet arrêt de financement de l'investissement tandis que les taxes sur les salaires et la TVA rapportaient gros en impôts, l'État s'est mis à recevoir plus d'argent de l'hôpital public qu'il ne lui en donnait. L'hôpital ne peut être la vache à lait de l'État ; il croule sous la dette. L'impôt doit servir à l'hôpital public et non le contraire. Il n'est pas possible de piocher dans les ressources sociales financées par la cotisation sociale pour abonder le budget de la nation et faire payer ainsi une partie de la redistribution des richesses vers les plus riches par les revenus sociaux. Nous

2. Klein Naomi, *La stratégie du choc, La montée d'un capitalisme du désastre*, Montréal, Éditions Leméac / Actes Sud, 2008, 671 p.

constatons alors une explosion majeure des inégalités.

D'autres acteurs se sont intéressés à l'hôpital public ces derniers temps : les entreprises de travaux publics par les mécanismes dispendieux des partenariats public – privé ; les entreprises de services qui ont fait croire qu'elles seraient moins chères dans le service rendu ; les banques toujours intéressées à faire des profits par des prêts garantis en toute sécurité, les structures d'hospitalisation privée motivées, elles, par des coopérations dans lesquelles elles prennent la partie rentable de l'activité. Bref, l'hôpital public est décrié par les pouvoirs publics pour mieux être confié aux appétits privés.

Des mesures s'imposent donc : alléger le fardeau de l'hôpital en supprimant la taxe sur les salaires versée à l'État, en remboursant la TVA, en ré-autorisant le recours direct à la Caisse des Dépôts et Consignations pour l'Assurance maladie, en arrêtant les partenariats avec le capital privé, en refusant de livrer l'immobilier hospitalier à la spéculation foncière, en relançant l'investissement public, en réglant les problèmes de ressources de l'Assurance maladie. Un moratoire sur les restructurations en cours est indispensable pour faire le point sur les besoins et les moyens à mettre en face.

De nouvelles règles comptables devront être mises en débat puis en œuvre. Il s'agit d'abandonner la tarification à l'activité qui poussent les directions des hôpitaux publics à rechercher une augmentation de l'activité pour capter une plus grande partie des ressources de la Sécurité sociale – et ainsi augmenter les tensions sur son financement - plutôt qu'à répondre aux besoins réels de la population. Le principe général de la concurrence si cher aux libéraux doit être

abandonné au profit de celui de la coopération. Ce principe d'ailleurs de coopération en matière de santé doit être une règle générale au-delà du seul hôpital public. Il est plébiscité par les patients.

Ces mesures étant prises, le climat social commençant à changer, le respect et la confiance rétablis, des réformes nécessitées par l'évolution de la société (transition épidémiologique, vieillissement de la population, progrès scientifiques de toutes natures, évolution des modes de vie) pourront alors être envisagées.

Citons :

- l'évolution négociée des métiers avec une élévation générale des compétences
- l'amélioration des statuts et des grilles indiciaires rendues possibles par un meilleur équilibre financier des établissements
- l'évolution des effectifs avec une relance de la formation de tous les professionnels en particulier des médecins et la remontée de leurs effectifs- l'évolution des relations avec le secteur ambulatoire pour en finir avec l'hospitalo-centrisme et l'absence de suivi du devenir des malades- la prise en compte de la proximité comme composante de l'excellence
- l'évolution vers un management participatif ouvert aux professionnels mais aussi aux usagers
- une démarche démocratique globale
- la transformation des services pour intégrer les nouvelles technologies
- une réponse au problème de l'accueil des urgences

- une nouvelle politique de prise en charge des malades psychiatriques avec une relance de la politique de secteur en lien avec les hôpitaux psychiatrique
- l'intégration de l'hôpital public dans une politique territoriale de santé
- la suppression du scandale du secteur privé à l'hôpital public par la négociation
- la recherche clinique

Une dernière question : celle des hôpitaux privés participants au service public. Ils n'ont pas de but lucratif. Il est clair que leur rôle est essentiel et qu'ils méritent une attention particulière. Ils doivent être associés à toutes ces réformes et en bénéficier ; leur avenir doit être garanti. Ils sont les frères de l'hôpital public et doivent se comporter comme tels. Quant aux cliniques privées à but lucratif, elles doivent cesser de profiter des privilèges accordés par l'État. La cotation en bourse de leurs propriétaires ne devrait pas être autorisée. La spéculation et la concurrence commerciale ne doivent pas s'exercer sur des structures sanitaires.

Au total, l'hôpital public a de beaux atouts : une bonne image, des personnels compétents, des traditions humanistes, une bonne couverture du territoire, la volonté d'être utile. Une belle politique est alors à mettre en œuvre ; elle n'est pas inaccessible. Le moment n'est-il pas venu pour que les partenaires de bonne volonté se mettent autour d'une table pour élaborer une politique d'ensemble, une politique cohérente qui ouvre le champ de la nécessaire modernité ? Et qu'ils dégagent des majorités politiques aptes à conduire

ces changements ? Oui, nous disons que refonder l'hôpital public est une nécessité qui doit faire loi.