



commission  
Santé/Protection sociale  
commissionnationaleantepcf@gmail.com

janvier-février 2025

# globule rouge

## PLFSS 2025 LE MÉPRIS Total !

**P**ar un troisième recours à l'article 49.3 de la Constitution, le gouvernement a fait adopter le 12 février le *Projet de Loi de financement de la Sécurité sociale* (PLFSS) pour 2025 à l'Assemblée nationale qui a repoussé la motion de censure concernant la 3<sup>e</sup> partie (dépenses) du projet de loi. En conséquence, l'ensemble du PLFSS est considéré comme adopté par l'Assemblée nationale.

La séquence parlementaire du PLFSS devrait se clore dans les jours qui viennent après un dernier passage au Sénat. « L'électrochoc » budgétaire voulu et attendu, pour notre système de santé et de protection sociale, par les organisations syndicales, les forces de gauche et les usagers, n'est décidément pas à l'ordre du jour de ce PLFSS 2025!

Même si quelques mesures dites phares du PLFSS présenté par le gouvernement Barnier ont été abandonnées pour l'instant (nouvelles journées de «solidarité», hausse du ticket modérateur) et les enveloppes ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) ont légèrement augmenté passant de 2,8% à 3,3 %, le compte n'y est pas. Il faudrait une augmentation d'au moins 5% de l'ONDAM pour répondre à l'existant et 6% pour l'ONDAM hospitalier selon la

Fédération hospitalière de France (FHF) alors que celui-ci est proposé dans le PLFSS du gouvernement Bayrou à 3,8%. Si le projet de loi présenté par M.Barnier pouvait présenter un timide début de remise en cause des exonérations de cotisations patronales pour un montant de 5 Md€ sur un

total de 92 Md€, le texte de F.Bayrou les a réduites à 1,6 Md€. Une « taxe lapin » et la baisse du plafond des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail sont également instituées. Les copies de M.Barnier et F.Bayrou ne sont certes pas identiques mais donnent la désagréable sensation que ce qui est donné d'une main est repris d'une autre avec un peu plus à chaque fois ! Aucun changement structurel de notre système de santé et de protection sociale alors que tous les voyants sont au rouge, que les scandales sanitaires éclatent au grand jour, ce qui aurait dû inciter le gouvernement Bayrou à porter des mesures beaucoup plus ambitieuses.



L'État s'arroge le droit de considérer la dette de la Sécurité sociale comme de la dette publique et donc d'en assurer la maîtrise. Mais le budget de la Sécurité sociale ce n'est pas le budget de l'État, ce n'est pas l'argent du gouvernement. Elle a ses propres ressources, sa propre gestion, sa propre dette qui n'entre pas dans la dette remboursée par l'État.

Quand Mr Bayrou permet d'augmenter le déficit de la Sécurité sociale (de 15 Md€ à 24 Md€) en évitant certaines mesures d'économies, il le fait sans que cela ait

le moindre impact sur le budget de l'État et sur sa responsabilité politique. Mais cela leur permettra à l'avenir de justifier des économies et des réformes, par exemple la réforme des retraites à l'issue des concertations, du système de santé, des cotisations sociales.

Nous savons bien que la privation de recettes de la Sécurité sociale est le cœur du problème et non ses dépenses, que son mode de financement par les cotisations sociales issues des richesses produites par le travail représente cette formidable avancée sociale voulue en 1945, alors plus que jamais, expliquons cela, avançons nos propositions et défendons ce magnifique conquis.

Maryse Montangon  
responsable commission nationale  
Santé/Protection sociale

prochaine  
réunion  
commission  
nationale

Santé et  
protection sociale

samedi

22 mars 2025

de 9h30 à 16h30  
en visioconférence

**SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE**

**le désastre du triptyque  
étatisation, privatisation, financiarisation**

**L**a santé et la protection sociale ont longtemps été des biens communs qui n'intéressaient pas le capital, sauf pour en réduire sa charge, mais la recherche de nouveaux secteurs de valorisation le conduit à s'y investir, il est vrai que cela recouvre une manne socialisée et sécurisée considérable. Le phénomène résulte de contre-réformes ultra-libérales en accélération évidente.

**Cela a commencé par les établissements de soins.** Avec la création de la sécurité sociale, le service public hospitalier s'est beaucoup développé. Les réformes successives ont progressivement retiré à la Sécurité sociale le suivi du secteur hospitalier. L'État a pris le pas en matière décisionnelle sur le financeur qu'est la Sécurité sociale dans le même temps où il réduisait la part du financement par les cotisations sociales à 45%. Le processus d'étatisation est aujourd'hui abouti et il a été le facteur essentiel de la privatisation de l'activité hospitalière comme de la limitation de l'offre de soins avec la baisse du *numerus clausus* et les fermetures de lits et de services. Le secteur 2 a ouvert la voie à une liberté des prix, favorable au lucratif.

Le paysage hospitalier a été transformé. En 2000 65,5% des lits étaient publics et 34,5% privés, contre 61,5% et 38,5%. 20 ans plus tard. Le nombre de lits a baissé 3 fois plus dans le public que dans le privé qui est passé de 1/3 des lits à presque 40% dont les 2/3 sont lucratifs.

La répartition des pathologies et les types d'actes effectués montre que le privé assure 68 % de la chirurgie ambulatoire et seulement 33% des soins de médecine. Les pathologies du public sont plus complexes, plus sévères, le niveau de vie des patients y est moins élevé. Les difficultés du public pour recruter les soignants, l'écart de rémunération, notamment lié à l'absence de régulation dans le privé, sont croissantes.

La non-volonté manifeste de former donne à l'État une arme décisive pour fermer services et structures publiques.

**La privatisation a aussi gagné l'intérieur de l'hôpital public,** sous-traitance, évolution financière, managériale, du statut du personnel, concentra-

tions et restructurations, endettement sur les marchés financiers.

**Du côté des soins de ville** qui reposent encore sur le privé libéral, la privatisation prend la forme d'une rentabilisation par des groupes lucratifs (Ramsay par exemple) du modèle collectif de soins des Centres de Santé.

**Dans le secteur du grand âge** où il existe des besoins énormes, de fortes inégalités tarifaires et géographiques et pas de vraie politique publique cohérente, c'est dans le privé lucratif que le nombre de places d'Ehpad a le plus augmenté, notamment avec la modification du dispositif d'ouverture d'établissement en 2009 (loi HPST). De 2011 à 2023, en 12 ans, la part du public a baissé de 12%, au profit du privé qui est devenu majoritaire. Et à l'intérieur du privé c'est le lucratif qui progresse le plus (de 20 à 24%).

**Mais la privatisation s'étend** aussi à l'enseignement en santé où les formations privées se développent alors que l'État ne cesse de se désengager de l'enseignement supérieur. Les enseignants-chercheurs doivent répondre à des appels à projets, en concurrence les uns, les autres, pour réaliser leur travail. La recherche publique est en difficulté.

**Si la production des médicaments** relève depuis toujours de la grande industrie privée, le prix de certains médicaments a atteint depuis 20 ans des sommes exorbitantes, sans lien avec les coûts de fabrication. Cette privatisation des fonds sociaux pour alimenter les profits atteint des limites qui à terme obèrent les moyens de la sécurité sociale pour financer l'accès à l'innovation. Les pénuries de médicaments moins « rentables » se multiplient.

**Les dérives du médicament sont emblématiques d'une financiarisation considérable du secteur.** Depuis 40 ans et surtout depuis les années 2000 une couche supplémentaire s'ajoute, celle des actionnaires, non professionnels de santé, qui viennent y faire fructifier un capital financier. Cette financiarisation renforce la concentration. On a vu disparaître les cliniques en nom personnel et émerger de grands groupes, Ramsay, Elsan... adossés à des fonds d'investissement internatio-



## SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE

### le désastre du triptyque étatisation, privatisation, financiarisation

naux. Les plus gros acteurs du privé lucratif des Ehpad, dont Orpéa, Korian, représentent plus de 15 % du nombre total de places. D'autres se placent sur le « marché » de la psychiatrie, de l'imagerie ou de la biologie médicale (62% des labo sont détenus par 6 groupes).

**Les soins primaires, le dentaire et l'ophtalmologie, et même les soins primaires généralistes** ont vu émerger de nouveaux acteurs (tel Ipso Santé, réseau de cabinets médicaux).

**Dans les pharmacies d'officine**, malgré le cadre juridique réservant la propriété aux pharmaciens diplômés, ceux-ci font appel à des fonds d'investissement qui influent sur le développement de la parapharmacie et la gestion.

**Ce processus a été favorisé par des lois** qui ont permis notamment l'entrée dans le capital des non professionnels de santé, par la régulation des dépenses, le virage ambulatoire, les démarches d'accréditation formelles et par les difficultés de l'hôpital public qui ouvrent des portes au privé avec un taux de profit élevé : le taux de rentabilité est de 10% en Imagerie, de 23% en Biologie. Dans le secteur des Ehpad on voit se constituer des grandes fortunes !

La puissance publique est incapable de cerner les profits réalisés et les effets sur les dépenses ! Les concentrations réduisent la diversité de l'offre accélèrent la désertification (exemple des fermetures de maternités). La financiarisation menace l'indépendance des professionnels et a des effets sur la qualité que des scandales commencent à rendre visibles (crèches, Ehpad)...

Le risque de sélection des actes et des patients, notamment en dentaire ou dans l'hospitalisation, a été objectivé par un rapport sénatorial de septembre 2024. Ce document éclaire bien (à son insu ?) comment, avec l'aide de l'État, le capital a mis la main sur la santé et médico-social.

**La privatisation/financiarisation progresse aussi du côté du financement de la protection sociale.** S'il est compliqué d'en rendre compte ici en quelques mots on peut citer le poids des intérêts payés par la Sécurité sociale aux marchés financiers (3,3 milliards annuels), les reculs de prise en charge qui offrent des espaces aux assurances qui gagnent du terrain et font que les mutuelles se rapprochent des principes assurantiels et leurs obligations de solvabilité (directives européennes assurances) qui modifient leur nature avec la concentration et la financiarisation de leurs réserves.

**Notre système de santé ne répond plus vraiment aux besoins, il faut retrouver la primauté du service public à l'hôpital, la développer en ambulatoire avec un réseau de centres de santé, former beaucoup et dans toutes les disciplines, avoir des salaires à la hauteur du service social rendu... Il est urgent de refonder sur ses valeurs d'origine la Sécurité Sociale en développant le 100% Santé à partir d'un système solidaire obligatoire assis sur la cotisation et géré par les usagers et les travailleurs.**

Nicole Grenier-Mérico  
CNSPS du PCF

**UNE URGENCE ABSOLUE**

**extraire l'industrie pharmaceutique des mains de la finance**

La pénurie de médicaments, le manque de nouveaux traitements sont étroitement liés au démantèlement de l'industrie pharmaceutique française.

**Sanofi et la recherche effrénée des profits en est le triste exemple**

En 15 ans, près de 300 médicaments, à marge jugée trop faible, ont été abandonnés dont, par exemple, l'*Immucyst*, dans le traitement contre le cancer de la vessie. Externalisation prévue en cette fin d'année des médicaments grand public dont le *Doliprane* et des sites assurant leur production.

De nombreuses productions de principes actifs ont été externalisées en Chine et Inde. Fermeture ou vente de plusieurs usines de production dont certaines comme EuroAPI sont aujourd'hui en grande difficulté.

En 2025, au mieux il restera en France dans Sanofi moins de 15 000 salariés soit la moitié des effectifs présents en 2008. La perte de savoir-faire scientifique et industrielle est immense.

Pour rappel, Sanofi, c'est le rassemblement des laboratoires pharmaceutiques majeurs français des années 1990 : Rhône Poulenc, Roussel Uclaf, Synthelabo, Sanofi... dont la plupart avaient été nationalisés en 1981. La France était le deuxième pays mondial en termes de découverte de nouveaux médicaments.

Depuis, la finance a pris le dessus et la rentabilité maximale est devenue la seule boussole des dirigeants. Les dividendes ont triplé en 20 ans (de 1,20 €

en 2005 à 3,76 € en 2023 soit 5 milliards € versés aux actionnaires pour l'année 2023). À ceux-ci s'ajoutent les plus de 15 milliards d'euros dilapidés en rachat/annulation d'actions depuis 2008 et les 1,7 milliards € versés par l'État à Sanofi au titre des crédits d'impôts recherche.

Qu'a fait Sanofi de cet manne gigantesque devant normalement servir à développer la recherche ? Dix sites fermés ou vendus sur 12 en 15 ans, suppression de plus 3300 emplois directs et de milliers de salariés dans les métiers induits. Abandon des

axes de recherche dans le cardiovasculaire, le système nerveux central, les médicaments anti-infectieux, le diabète, et dernier en date en oncologie en 2024.

**Il y a URGENCE à sauvegarder les expertises les emplois, les derniers sites de recherche et de production restants**

Les salariés de Sanofi se sont mobilisés tout au long de ces années et tout dernièrement lors d'un nouveau rassemblement devant le siège. De nombreux responsables politiques du NFP se sont exprimés pour dénoncer cette situation et tracer des pistes de reconquête : pôle public du médicament ou pôle socialisé du médicament où la sécurité sociale serait le chef d'orchestre. Des commissions d'enquête à l'initiative des députés et sénateurs communistes ont fait la démonstration de ce gâchis.

Il y a urgence pour la santé en France, pour la population. Le *Nouveau front populaire* doit s'emparer du dossier de la santé dont celui de la recherche et production pharmaceutique. La situation dans Sanofi n'est pas isolée, celle entre autres de Biogaran, principal génériqueur en France dont Servier veut se débarrasser, exige une réponse immédiate ou Pierre Fabre qui vend son centre de recherche spécialisé en cancérologie de Saint-Julien en Genevois.

Comme le dit fort justement la secrétaire générale de la CGT, Sophie Binet, il est minuit moins une : organisations syndicales, collectif de santé et de défense des hôpitaux, associations, professionnels de santé, nous devons tous participer à trouver des solutions, à créer des points d'appui pour sortir la santé des griffes de la finance.

**Des actions concrètes voient le jour**

Un collectif travaille à la reprise d'outils de production pour fabriquer les médicaments en rupture abandonnés par les labos ou dont les besoins ne sont pas pourvus.

Un appel entre autres initié par le collectif *Médicament bien commun*, vient d'être lancé pour participer à créer cette dynamique :

pour une industrie pharmaceutique au service du droit à la santé – médicament bien commun ([medicament-bien-commun.org](http://medicament-bien-commun.org))

Thierry Bodin  
ancien coordinateur des syndicats CGT/Sanofi



SYSTÈME DE SANTÉ

ouvrir à tous les portes d'entrée

Dans sa présentation du PLFSS en discussion au parlement, le gouvernement a promis « d'accélérer le développement de l'offre de soins dans les territoires, afin d'améliorer l'accès aux soins partout en France »<sup>1</sup>. Cependant, le projet de loi se limite à quelques mesures qui, faute d'envergure et déjà éprouvées seront bien incapables de résoudre les défis qui menacent désormais le pacte républicain : développement des services d'accès aux soins, des « HéliSmurs », des Maisons de Santé, des médico-bus, de la télémédecine. Rien de neuf, quelques rustines, c'est toujours le même film qui passe et ça continue encore et encore.

Cette tiédeur gouvernementale manque d'innovation. Et cependant, chacun sait bien qu'en France, ce qu'il manque ce n'est pas la superstructure ni les étages supérieurs du système de santé qui sont excellents. Ce qui manque ce sont les portes d'entrée dans le système de soins, l'organisation de la proximité.

Une telle organisation de la proximité en santé est attendue depuis la Libération et l'espérance des *Jours heureux*. Robert Debré, le grand résistant, le chef du *Front national des médecins* et le père de la pédiatrie moderne n'écrivait-il pas en 1944 : « À cet égard, dans bien des régions de la France, tout est à faire ! »<sup>2</sup>. Il insistait également sur le fait que tous les éléments de la chaîne de santé formaient « un ensemble dont les parties ne sont point séparables » dans la perspective de la création d'un système de santé complet. Or si l'on réussit dans certains segments, on en négligea complètement d'autres dont la prévention et l'organisation de la proximité.

Pour quelles raisons Robert Debré et ses compagnons ne furent-ils pas suivis ? Pour quelles raisons 80 ans après en est-t-on toujours là ? Tout s'est joué d'emblée. À la Libération, tout était à refaire : restaurer l'autorité de l'État, faire vivre le compromis du programme du CNR et ses promesses, aux premiers rangs desquelles les nationalisations et la création de la sécurité sociale.

Mais comment créer la sécurité sociale sans s'assurer de la participation des médecins libéraux au départ très réticents ? Le gaullisme leur abandonna l'organisation de la proximité, désireux en outre d'éviter toute forme de collectivisation voulue par les communistes. Ainsi, revenue en position de force, la médecine privée rappela ses conditions exprimées en 1929 dans la charte de la CSMF : liberté d'installation du médecin, libre choix du praticien par le patient, honoraires libres et liberté de prescription... Comment avec cela organiser rationnellement la proximité des soins ?

On laissa penser un temps que l'augmentation du nombre d'étudiants conduirait tout naturellement à leur bonne répartition, les lois de la concurrence produisant leurs effets. Las, c'était sans compter les économies d'échelle de la localisation urbaine auprès de classes solvables et sans compter aussi les économies d'agglomération provoquées par la spécialisation de la médecine. Les dépenses progressant bien plus vite que la richesse nationale surtout après les chocs pétroliers des années 70, le gouvernement et les doyens des facultés de médecine limitèrent très fortement le nombre de médecins en formation pour tenter de réduire l'envol de la dépense mais aussi pour protéger les revenus de la profession. Le mécanisme vertueux espéré d'une large et naturelle répartition en tache d'huile s'enraya dès les années 80 conduisant à la situation contemporaine : non seulement l'échelon de proximité est demeuré inorganisé mais en outre il se dégrade désormais à vitesse accélérée.

Alors que faire ? Il faut redonner au mot proximité un sens qui soit commun et le mettre en œuvre dans un esprit de solidarité. Il faut donc commencer par faire des efforts de compréhension des autres. À cette condition, on pourrait s'entendre collectivement sur des choses simples : que voulons-nous ? que pouvons-nous ?

Il faudrait sortir de la mollesse décisionnaire, de la soumission aux éléments politiques et de la faible part des faits dans la prise de décision. Il faudrait que les données de fond (activité, service à la population, ressources disponibles - humaines et financières) ne soient pas distillées d'en haut comme des vérités révélées mais élaborées en com-

1. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Dossier de presse, 10 octobre 2024

2. Médecine- Santé Publique - Population - Rapports transmis au Comité Français de la Libération nationale à Alger en janvier 1944. Éditions du Médecin Français, Paris, octobre 1944.



## SYSTÈME DE SANTÉ

### ouvrir à tous les portes d'entrée

mun et soumises à discussion. Un immense effort de pédagogie est à accomplir.

On pourrait mesurer des distances d'implantation et de patientèle des professionnels et des services, c'est-à-dire apprécier leur rayonnement. On pourrait s'accorder sur des temps de parcours acceptables pour accéder à chaque niveau de soins, depuis le premier recours jusqu'aux soins les plus rares. On pourrait établir une liste précise et contractuelle des services indispensables localement.

Avec ambition et raison on pourrait avancer avec cette autre idée centrale : nos concitoyens doivent être assurés d'une juste prise en charge au bon moment, au bon endroit, à partir d'une porte d'entrée proche de chez eux. Ensuite, on s'assurerait que ces indicateurs sont respectés dans tous les territoires. Si ce n'est pas le cas, on corrigerait ces défauts en commençant par les plus criants et sur la base d'un plan de rattrapage à 20 ans à partir de l'estimation des moyens nécessaires et des moyens disponibles, financiers et humains.

L'échelon de proximité n'a de valeur que s'il s'inscrit dans une architecture graduée du système de santé. La relation est dialectique. La nécessaire concentration des plateaux techniques les plus modernes et des soins les plus rares oblige à organiser la proximité pour que chacun puisse y accéder ; les tenants de la proximité doivent comprendre la nécessité de la concentration. L'une est la contrepartie de l'autre. Si tout n'est pas possible

partout, tout n'est pas non plus impossible partout. Les *Groupements hospitaliers de territoire* et les *Communautés professionnelles territoriales de Santé* constituent les formes contemporaines de l'exercice territorial coordonné, à l'hôpital et en ville. C'est sur eux qu'il faut s'appuyer pour avancer mais ils doivent travailler ensemble sans réticence et en confiance. Les établissements de santé ont parfaitement le droit de créer des centres de santé de premier recours qui devraient être cette brique de base de notre système de santé, lieux de soins mais aussi de prévention et d'éducation dans tous les territoires.

La pénurie actuelle des médecins et leur totale liberté d'installation, les difficultés budgétaires ne doivent pas nous enfermer dans le renoncement. Ce sont des excuses à la Ponce Pilate. Elles laissent errer un système qui par entropie incontrôlée conduit à son effondrement et aux inégalités les plus insupportables.

Ainsi pourrait-on assurer chacun de l'équité de l'allocation des ressources ainsi que du bon emploi de ses cotisations et impôts. Répondant aux attentes de nos concitoyens, avec des objectifs partagés ne venant pas d'en haut mais exprimant une démocratie réelle, les gains pour la santé seraient nets mais ils le seraient aussi pour une adhésion renouvelée de tous à la république qui est la nôtre : une république sociale qui assure l'égalité de tous.

Pr Emmanuel Vigneron  
historien et géographe de la Santé