

**Propositions
pour sauver l'Assurance maladie**

Fondation Copernic

Une politique de santé en amont d'une politique de soins

La première des économies pour l'assurance-maladie consiste à réduire les sources de maladies. En dépit du vieillissement de la population, conséquence heureuse de l'augmentation de l'espérance de vie grâce justement à notre système de santé, la tendance à la croissance des dépenses de santé peut être contrariée si, au lieu de raisonner en termes de soins, nous raisonnons en termes de santé, c'est-à-dire en se dotant d'une politique de santé publique qui agisse sur les causes des maladies, et ne se contente pas seulement de les soigner. Cela suppose d'oser s'attaquer à chaque lobby économique responsable de facteurs de risque. A l'instar de la première révolution de santé du début du XXème siècle qui a permis de mettre fin aux grandes épidémies infectieuses, il faut une deuxième révolution de santé publique, qui agisse sur les facteurs de risques environnementaux multiples qui sont la cause du développement des maladies chroniques : cancers, maladies respiratoires, allergies, diabètes, nouvelles pathologies mentales... L'accroissement des pathologies chroniques est l'une des causes majeures de l'augmentation du nombre d'Affections de longue durée (ALD), plus de 800.000 recensées en 3 ans dont on sait que leur suivi pèse sur les comptes de l'assurance-maladie.

S'agissant plus particulièrement de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels (accidents ou maladies), il faut tirer les conséquences du drame de la crise de l'amiante qui coûtera la vie à plus de 100.000 personnes, à raison de 5.000 par an jusqu'en 2020. S'agissant des questions de santé environnementale, l'effort doit être mené contre les pollutions et pour l'amélioration de la qualité de l'alimentation. Les cancers, autant chez les enfants, chez les jeunes que chez les personnes plus âgées, augmentent très vite : plus de 35% des cas en 20 ans, grevant d'autant les comptes de l'assurance-maladie, sans garantir un mieux-être durable aux personnes atteintes. Les tumeurs qui augmentent le plus (comme les lymphome malins non hodgkiniens) ne sont pas liées au tabac. Plusieurs rapports ont souligné les causes multifactorielles et environnementales de l'explosion des cancers en France. Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) doivent se pencher sur les questions de santé environnementale au travail comme le montre l'explosion des cancers liés à l'exposition à des substances dangereuses. La pollution atmosphérique, due notamment à l'automobile, est responsable de plusieurs milliers de morts par an (entre 6.500 et 9.500 selon l'étude de l'AFSSE de mai 2004), et de l'explosion des maladies respiratoires particulièrement en milieu urbain. La pollution de l'air engendrerait 6 à 11% des décès par cancer du poumon chez les plus de 30 ans. Lors de la canicule de l'été 2003, ce sont les problèmes de pollution, cumulés aux effets de la chaleur, qui ont provoqué la mort de 15.000 personnes en France.

Pour toutes ces raisons nous proposons :

- 1- De retirer du marché les produits chimiques et alimentaires, notamment les pesticides, dont les risques cancérigènes sont connus. L'action doit également être menée au niveau européen.
- 2- Sur les questions alimentaires, un effort particulier doit être mené contre le surdosage de sel et de sucre contenus dans les produits alimentaires préparés. Le principe de précaution doit prévaloir avec l'interdiction des cultures d'organismes génétiquement modifiés (OGM).
- 3- De créer une agence nationale de santé au travail, indépendante des employeurs.
- 4- Donner la gestion des services d'entreprises et inter-entreprises de santé au travail en majorité aux salariés, en y associant les associations de victimes de maladies professionnelles.
- 5- Etendre les moyens d'interventions et d'information des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les entreprises de plus de 50 salariés, et des délégués du personnel (entreprises de moins de 50 salariés). Mais aussi l'élection d'un délégué santé dans les entreprises où il n'y a pas de CHSCT.
- 6- Mettre en œuvre une grande campagne sur l'ergonomie des postes de travail pouvant déboucher sur un aménagement des postes de travail, afin de prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS).
- 7- Simplifier les procédures de révisions du tableau des maladies professionnelles pour faciliter l'indemnisation du risque professionnel.
- 8- Lorsque la maladie est d'origine professionnelle, obliger l'employeur à garantir au salarié un retour à l'emploi sur un poste de travail adapté. C'est une mesure de justice sociale et d'incitation des employeurs à éviter, en amont, les maladies professionnelles.
- 9- Pour le développement de la prévention et l'éducation à la santé, il faut arrêter la dégradation de la médecine scolaire et assurer une visite médicale annuelle pour l'ensemble des enfants scolarisés, tout comme il convient d'assurer une visite médicale annuelle gratuite à tous les âges de la vie.
- 10- D'une façon plus générale de revaloriser la médecine préventive et de lui donner les moyens de jouer tout son rôle (Médecine du travail, scolaire, universitaire...)
- 11- Pour assurer la vigilance des risques industriels au plan local, il pourrait être créée une commission de veille réunissant des citoyens, des élus locaux, des salariés, des directions d'entreprises, des services de la Direction départementale de la Santé (DDS), de la Direction régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (DRIRE) et de la Préfecture pour une information complète et transparente sur l'entretien et le contrôle des différents équipements et sites industriels.

Mutuelles et complémentaires santé :

Cheval de Troie du démantèlement de l'assurance maladie

Aujourd'hui 80% des salariés ont une assurance complémentaire pour couvrir la part des soins non remboursés.

Autre face de la même médaille, 14% des assurés renoncent à des soins faute d'argent (notamment les visites, les soins dentaires et d'optique). Les femmes, les jeunes et les chômeurs sont touchés dans des proportions largement plus importantes.

Les projets du gouvernement tout comme ceux du MEDEF prévoient d'instaurer une santé à trois étages, accentuant ces inégalités.

Le premier, simple filet de sécurité assurerait les soins minimum pour les plus pauvres et les maladies graves, ce que J.Barrot appelait le « gros risque ».

Le second, pris en charge tout autant par les Mutuelles que par les complémentaires santé constituerait une assurance couvrant les soins les plus courants. Dans ce cadre, l'Etat apporterait une aide aux plus démunis. Mais l'Assurance maladie, les Mutuelles et les assurances privées se mettraient d'accord pour définir la liste des soins remboursés en commun par l'assurance maladie et les complémentaires. Cette liste serait le panier de soins.

Le troisième niveau, totalement à la charge des assurés, serait constitué par des « sur complémentaires » permettant l'accès au reste des soins.

Ces principes, fidèles aux recommandations de l'OCDE, ont déjà été appliqués pour la réforme des retraites : il s'agit de limiter au maximum la couverture sociale solidaire, et de contraindre l'essentiel des assurés à souscrire des assurances individuelles pour satisfaire leurs besoins de santé.

L'OMS classait, en 2000, la France à la 1^{ère} place pour la qualité de son système de santé...les USA à la 37^{ème} place : 20% de la population, 44 millions de personnes sont contraints de faire appel à la charité pour couvrir le minimum de soins. Les projets actuels, calqués sur les Etats-Unis, annoncent la place que prendrait notre pays s'ils étaient menés à bien.

Les conséquences de ces projets sont évidentes. La partie la plus précarisée de la population devrait se contenter du régime d'assistance ou du recours à des organisations humanitaires. Et évidemment sa santé ne pourrait que se détériorer. La réduction croissante de la part des soins prise en charge par l'Assurance maladie amènerait à une explosion des tarifs des mutuelles et des assurances.

Aujourd'hui, l'Assurance maladie prend en charge 75% des dépenses de santé (112 milliards d'euros) et les complémentaires 18,9 milliards. Les projets actuels de faire 10Mds€ d'économies pour l'Assurance maladie devrait entraîner une augmentations de 60 à 70% des tarifs des mutuelles. Un grand nombre d'entre elles ont déjà augmenté leurs tarifs en début 2004, en moyenne de 10%.

Sans grand bouleversement, toute réduction de la prise en charge par l'Assurance maladie va totalement bouleverser la répartition entre le système solidaire et le système assurantiel.

De même, la participation directe des assurances privées aux organismes de gestion du panier de soins amènera très vite à des systèmes de modulation des cotisations en fonction du « risque », c'est à dire de l'âge et de l'état de santé. La communication du dossier médical permettra tout d'abord aux assurances de contrôler et de rentabiliser leur contrat aux cas par cas.

Le dernier volet du Plan Juppé, la 4^{ème} ordonnance promulguée en 2001, traduisait dans le droit français les directives européennes, et impliquait une modification du Code de la Mutualité. L'esprit de cette ordonnance, prélude aux réformes actuelles, est la mise en concurrence directe entre les Mutuelles et les assurances privées, impliquant notamment un accroissement très important des réserves obligatoires. C'est dans ce mouvement que l'essentiel des mutuelles ont fusionné depuis 2002, intégrant la Mutualité française.

Celle-ci joue le rôle de Cheval de Troie des réformes libérales en acceptant d'accompagner le désengagement de l'assurance maladie, en augmentant ses tarifs pour combler les déremboursements, se transformant progressivement en une assurance comme les autres.

Face à cette dérive, nous proposons :

1. Le droit pour toutes et tous à la santé gratuite.
2. Cela implique évidemment de revenir sur l'ensemble des ordonnances Juppé, l'abrogation de la réforme du Code de la Mutualité, pour se diriger vers une couverture totale par la prise en charge de l'ensemble des soins dans un système d'assurance maladie solidaire.
3. Loin d'aligner les Mutuelles sur les assurances privées, il s'agit de donner aux premières un rôle de prévention, d'éducation, de mise en place de centres de santé, fidèle à l'esprit de leurs créateurs.

Démocratie sociale et gestion de la sécurité sociale

Le budget de la sécurité sociale représente une fois et demie celui de l'Etat, un peu moins de 25% du Produit intérieur brut (PIB). Il s'agit-là d'une répartition immédiate de la richesse produite, qui sert directement à la satisfaction de besoins sociaux fondamentaux : santé, accidents du travail, retraites, allocations familiales. Ce partage immédiat des richesses est une conquête sociale, il pourrait s'étendre à d'autres besoins urgents : chômage, formation par exemple, mais aussi habitat, l'autonomie des personnes âgées, etc. Il est fondamental que ces dépenses ne passent pas par le détour du marché, qu'elles ne soient pas privatisées, mais demeurent socialisées, donc contrôlables démocratiquement.

La tradition historique du mouvement ouvrier (19^{ème} siècle) repose d'ailleurs sur la mise en commun de moyens de solidarité, la mutualisation des caisses de secours, parfois embryon du syndicalisme. Le patronat a toujours cherché à contrôler, voire diriger, par toutes sortes de détours et de moyens directs ou indirects, ces moyens matériels, dont il craignait qu'ils deviennent des points d'appui de l'émancipation sociale. C'est pourquoi le contrôle des caisses de sécurité sociale est un enjeu décisif de la démocratie politique et sociale.

L'universalisation des droits à toute la population, progressive depuis 1945, généralisée dans les années 1970, n'est pas du tout un obstacle à ce projet. Au contraire, il lui donne une plus grande légitimité, à condition qu'elle se fasse en toute indépendance des forces du marché et du patronat. Plus de 85% de la population active est salariée.

A côté de la démocratie politique (suffrage universel), le développement du syndicalisme, du mouvement associatif solidaire très varié, représentent des acquis démocratiques particuliers, et une forme très importante de représentation des salarié-e-s, des populations, et de leurs besoins fondamentaux.

Pour toutes ces raisons, nous proposons :

1. Que les délégués des assurés sociaux doivent être majoritaires dans les conseils d'administration des caisses.
2. Que la gestion des fonds alloués à la protection sociale soit réalisée par des délégués des assurés sociaux issus des organisations syndicales, à la suite d'élections nationales (et locales pour les caisses locales) dont le collège électoral représente tous ceux et celles protégés dans leurs droits par cette institution sociale.
3. Ces élections, pour acquérir une légitimité forte, devront se faire après une campagne d'explication et de confrontation des propositions et programmes des organisations représentants le mouvement syndical.
4. Cette représentation s'accompagne d'un renouvellement de la représentativité syndicale du pays pour tenir compte du paysage syndical d'aujourd'hui afin d'actualiser les principes de 1966 sur la représentativité syndicale.
5. Chacun des conseils d'administration engage un partenariat actif avec des conseils consultatifs regroupant le mouvement mutualiste, les associations de malades et d'usagers qui sont également des représentants des assurés sociaux et des professionnels de santé afin de participer à la réflexion de la prise en charge des besoins et les actions à mettre en œuvre.
6. Naturellement et en conséquence, le décret du plan Juppé qui a supprimé ces élections en 1996 est donc abrogé et il conviendra de réexaminer le rôle du parlement dans ce cadre suite à cette délégation de gestion.

Financement

Inégalités sociales et régionales de santé, insuffisance grave de la santé au travail et de la prévention, asphyxie de l'hôpital public, manque criant d'emploi et de formation qui fait plonger la démographie médicale, telles sont les questions que devrait affronter une véritable réforme, afin de construire un système de santé mieux coordonné et plus efficace. À l'inverse, la « contre-réforme » libérale en cours vise à diminuer encore des taux de remboursement déjà scandaleusement réduits.

Face aux besoins sociaux, d'importants besoins de financement vont monter et la question du financement est cruciale. Nous appelons à la résistance contre le plan Douste-Blazy qui, au nom du déficit, refuse un développement du financement solidaire de l'assurance maladie. En prétendant sauver l'assurance maladie, il s'agit en fait de démanteler le système de santé en réduisant de manière drastique les dépenses publiques, tout en organisant la montée des complémentaires de santé facultatives (mutuelles et assurances privées). Le système de santé se retrouvera ainsi soumis à une logique assurancielle.

Le déficit, ou plutôt la tendance à organiser le déséquilibre financier de l'assurance maladie, résulte d'un sous-financement structurel. Celui-ci trouve sa racine dans la montée du chômage, la baisse de la part des salaires dans la valeur ajoutée et le type de croissance liée à la politique économique menée.

En outre, la trésorerie de l'assurance maladie subit le retard de paiement de dettes patronales, dont le coût total avoisine deux milliards d'euros par an. Les taxes sur le tabac, les alcools, les assurances spécifiquement créées pour contribuer au financement de l'assurance maladie ne lui reviennent pas intégralement.

De leur côté, les exonérations de cotisations patronales ont atteint 21 milliards d'euros en 2003. Alors qu'elles créent très peu d'emplois, elles contribuent à flexibiliser à la baisse la masse salariale et enlèvent des recettes à l'assurance maladie. Une partie de ces exonérations (3 milliards d'euros en 2003) n'est d'ailleurs aucunement compensée par l'Etat. Et sur la part compensée, la dette de l'État atteint plus 2 milliards d'euros par an.

Le Ministre de la santé et son gouvernement appellent aujourd'hui les assurés sociaux et les malades à la responsabilité face au déficit.

Pour notre part, nous insistons plus largement sur la nécessité de responsabiliser les entreprises et l'État, qui privent la Sécurité sociale de ressources et veulent faire supporter leur contre-réforme libérale par les salariés, les retraités et les malades.

Pour toutes ces raisons, nous proposons :

- 1. Nous voulons un vrai débat sur le financement de l'assurance maladie ;** celui-ci est à l'heure actuelle interdit. Les entreprises sont intéressées à l'état de santé de leurs salariés et ne sauraient donc se dédouaner du financement de cette santé.
- 2. Nous voulons réaffirmer l'importance du principe de la cotisation sociale fonction des salaires versés dans les entreprises.** Avec la Sécurité sociale, chacun cotise en fonction de ses moyens, de sa capacité contributive, mais reçoit en fonction de ses besoins, avec un égal accès aux soins de qualité. Nous voulons articuler le financement de la protection sociale à l'entreprise, lieu de la création des richesses réelles par les salariés, lieu de la croissance et de l'emploi, lieu des interventions et des luttes.
- 3. Nous refusons la fiscalisation-étatisation du financement.** Il déresponsabilise les entreprises. Il déconnecte de la création des richesses. Il prive les salariés d'une intervention à la racine sur l'orientation des fonds et la gestion des entreprises.
- 4. Nous rejetons également toutes politiques d'exonération de cotisations sociales patronales** qui, en plus de grever les comptes de la sécurité sociale et de tirer les salaires vers le bas, n'ont eu aucun effet sur l'emploi.
- 5. D'une façon générale, nous souhaitons proposer les formes d'un financement de la sécurité sociale, dont l'assurance maladie, qui viserait à augmenter de façon efficace la contribution des entreprises, tenant compte des richesses qu'elles génèrent et la manière dont elles les produisent, avec l'objectif d'augmenter la part des salaires dans la valeur ajoutée globale des entreprises.** Il est tout à fait illégitime de ne mettre à contribution que les assurés sociaux et les malades pour financer l'assurance maladie.
- 6. Dans l'immédiat, nous proposons tout d'abord de relever le taux de cotisation patronale.** Il s'agit ainsi de proposer un rattrapage de contribution des employeurs ce qui constitue une mesure d'équité et d'efficacité.
- 7. D'autre part, nous proposons de soumettre à cotisation nouvelle les revenus financiers des entreprises et des institutions financières qui actuellement ne sont soumises à aucun des prélèvements sociaux.** L'objectif étant de dissuader de la course aux licenciements et aux placements financiers en incitant à utiliser les fonds des entreprises pour l'emploi, le développement des ressources humaines (salaires, formation, protection sociale) et la croissance réelle qui est source de rentrées de cotisations. En appliquant à ces revenus financiers le taux de cotisation patronale à l'assurance maladie, cela ferait rentrer 20 milliards d'euros supplémentaires par an dans les caisses de la sécurité sociale.

Suspendre le plan hôpital 2007 et répondre au défi de la pénurie de professionnels de santé

Comme les organisations syndicales le demandent, la place de l'hôpital doit faire partie intégrante de la réflexion sur la réforme de l'assurance maladie.

Aujourd'hui, l'hôpital vit une grave crise. Etranglé financièrement depuis plus de vingt ans par les politiques de maîtrise comptable, l'hôpital public n'a plus les moyens de répondre à ses missions. Malgré les appels des personnels de santé, et leurs nombreuses mobilisations ces dernières années, ils ne sont toujours pas entendus par le Président de la République et le gouvernement. Non seulement les moyens nouveaux ne sont pas arrivés, mais fait plus grave, les plans d'austérité et de démantèlement se poursuivent.

• C'est d'abord le cas avec le Plan Hôpital 2007 dont l'objectif est de faire passer les établissements de santé de la sphère du sanitaire *stricto sensu* dans la sphère de l'économie et de l'entreprise.

Complet, ce plan amorce en effet une véritable privatisation de la santé aux moyens d'une ouverture au capital privé des financements du bâti et de l'équipement de l'hôpital public, d'une organisation des services hospitaliers sur le mode de l'entreprise privée, et surtout, par l'introduction d'une nouvelle norme de gestion : la tarification à l'activité (T2A). Les établissements sont aujourd'hui des entités administratives assurant un service sanitaire. Par ces trois mesures, le gouvernement ambitionne de les faire devenir des entités économiques gestionnaires assurant un certain niveau de rentabilité économique et financière.

Concrètement, cela signifie que les établissements de santé ne seront plus abondés financièrement en fonction des objectifs de dépenses annuelles visant à satisfaire les besoins de santé de la population mais uniquement en fonction de leurs recettes. Or, les dépenses des établissements de santé sont structurellement supérieures à leurs recettes. Ils seront donc confrontés à une réduction -et non plus seulement une rationalisation- de leurs ressources de fonctionnement. Combinée à une politique de maîtrise médicalisée ou non de l'offre de soins sur le territoire, illustrée par un ONDAM sans commune mesure avec la réalité médicale et sanitaire de la population, l'impact de cette réduction est énorme, notamment pour les hôpitaux publics. Non seulement elle va provoquer une catastrophe sociale dans l'hôpital, mais surtout, face au manque de moyens, elle confrontera les établissements à un dilemme : Ou bien ils accepteront l'endettement, et continueront de dispenser uniformément comme aujourd'hui les soins utiles à la population, jusqu'au dépôt de bilan ou au rachat par une multinationale de la santé ; ou bien ils se spécialiseront dans les secteurs de soins assurant un maximum de recettes pour pouvoir au moins équilibrer leurs comptes. Quant aux établissements désireux de générer des profits, ils n'auront qu'à se spécialiser dans les secteurs extrêmement rentables.

Cette volonté de transformer en centre de profit les établissements de santé conduira ces derniers à rechercher un minimum de retours sur investissements. Or les conséquences de ces pratiques sont connues : Sélection des malades selon la rentabilité financière des pathologies et déséquilibre régional de l'offre sanitaire hospitalière. Au final, c'est la malade qui paiera la facture !

C'est aussi en terme de qualité des soins et d'inflation des actes dispensés qu'il faut mesurer les conséquences de la mise en place de la tarification à l'activité. Là encore, la mise en place de ce mode de financement risque fort de contribuer à diminuer la qualité de la prestation de santé, non en terme de valeur du geste médical, mais en terme de capacité à répondre à un besoin de santé.

Toutefois, la question de la qualité du geste médical reste aussi posée. Puisqu'elle s'inscrira désormais dans des stratégies d'investissement économique de l'établissement, elle répondra donc à un calcul coûts avantages et non plus à un impératif médical.

Quant aux enjeux de baisse du niveau des dépenses de santé dans le PIB, la logique proposée semble aller plutôt à l'encontre de l'objectif annoncé. En effet, économiquement, la viabilité financière des établissements supposera le développement des actes médicaux pour générer les recettes adéquats. Puisque la rémunération est fonction des « ventes d'actes médicaux », il faudra vendre plus et plus cher ! On risque donc d'assister à une inflation en volume et en valeur de la part des dépenses de santé dans le PIB, à l'instar des pays dont l'offre sanitaire est privée. Contrairement à l'objectif affiché, la tarification à l'activité est une incitation à la consommation médicale par établissements de santé interposés.

Cette nouvelle technique de gestion risque aussi de peser sur la couverture nationale en établissements de santé. Si on peut espérer au mieux une spécialisation des établissements selon les spécialités dans les régions où la densité de population permet d'espérer une rentabilisation des investissements, lorsque cette densité de population ne sera pas au rendez-vous, il y a peu de chance pour que les établissements restent en activité, accentuant la désertification et les inégalités régionales.

Enfin, il y a fort à parier que cette spécialisation se fasse sur la qualité des prestations médicales servies dans les établissements de santé. Le raisonnement le plus évident consiste à imaginer, comme cela se fait dans d'autres secteurs d'activité, que les établissements se feront une guerre des salaires pour attirer les meilleures compétences et les meilleurs matériels. Or cet effet « pôle de compétence » va aussi avoir pour conséquence non seulement de créer des files d'attente à l'entrée de ces établissements, mais aussi de vider les autres établissements de leur demande propre. Là encore, on risque de déséquilibrer le jeu offre/demande de soins dans certaines zones géographiques, toujours au détriment des malades.

Autant de raisons qui nous conduisent à rejeter avec force ce plan. La spécificité, les missions de service public de l'hôpital reconnues, doivent être réaffirmées et non gommées ; l'ensemble des éléments de comparaison entre les deux secteurs doit être posé. Aussi *nous demandons la suspension du plan hôpital 2007 et le déblocage des moyens de fonctionnement pérenne de l'hôpital public.*

• **Le carcan budgétaire imposé à l'hôpital avec ce plan n'est pas étranger au déficit de professionnels de santé.**

Bien qu'identifiés par le rapport Berland de novembre 2002, les problèmes relatifs à la démographie médicale ne sont pas pris en compte par le gouvernement. Sur la lancée des gouvernements précédents, il poursuit sa politique de restriction de l'offre de soins et continue d'organiser la pénurie. Pourtant, une note de la DREES (Ministère de l'emploi et de la solidarité) de mars 2002 signalait déjà qu'il faudrait accroître immédiatement le niveau du *numerus clausus* jusqu'à 9 250 étudiants et le maintenir ainsi pendant 10 ans au moins pour conserver notre densité médicale actuelle ! Nous sommes donc très loin du compte avec les 5700 médecins formés en 2004 et l'annonce à grand renfort médiatique d'un *numerus clausus* des professions médicales porté à 7000, sans d'ailleurs en préciser la date effective de réalisation.

Aveugle aux évolutions démographiques du corps des professionnels de santé, le gouvernement ne veut pas entendre parler du vieillissement du corps médical et de ses conséquences à long terme sur la couverture médicale de la population.

Ce vieillissement des effectifs pourrait affaiblir brutalement la couverture et l'activité hospitalières au moment du départ massif en retraite des générations les plus nombreuses, vers 2015-2020. Dès à présent, certaines spécialités sont touchées par le phénomène de non renouvellement : La pédiatrie, la gynécologie, l'anesthésie-réanimation et la chirurgie. Le risque est grand de voir disparaître de cette manière d'ici l'échéance, de nombreuses filières médicales et les compétences qui vont avec.

Le problème est aussi aiguë pour les infirmières et pour la plupart des professions para-médicales. Si à la suite des luttes hospitalières de 2000 et 2001, le nombre d'infirmières sortant des écoles est passé de 18 270 en 1999 à 26 000 en 2001, la pénurie reste forte dans la plupart des services hospitaliers. Ainsi les créations de postes arrachées dans les luttes pour les 35 heures n'ont pas pu être pourvus.

S'ajoute là aussi, les perspectives problématiques résidant dans le vieillissement des effectifs et les départs massifs en retraite à partir de 2010.

Ainsi, pour les infirmières toujours, le rythme de croissance des effectifs sera toujours important jusqu'en 2006, où il commencera à ralentir jusqu'en 2020 pour cause de départ en retraite. Il y a dans cette perspective la nécessité d'une augmentation significative des quotas d'entrée dans les écoles d'infirmières.

Compte tenu de ces différents constats, nous proposons un plan d'urgence pour la formation de personnels de santé en nombre suffisant à tous les niveaux de qualification et une amélioration du statut des professionnels médicaux et para-médicaux.

Nous proposons :

Une politique de santé qui rende à l'hôpital son rôle dans l'offre de soins :

1. Exiger une démocratisation du fonctionnement de l'hôpital depuis les services jusqu'au niveau du conseil d'administration.
2. Accroître les moyens financiers et humains accordés à l'hôpital pour lui permettre de remplir efficacement ses missions dans l'intérêt des malades.
3. Supprimer les taxes et impôts que l'Etat prélève sur les Hôpitaux.
4. Contractualiser le financement des hôpitaux.
5. Instaurer un moratoire sur les opérations de restructurations hospitalières

Une politique du développement des professions de santé afin d'assurer le mieux possible la satisfaction des besoins de santé de la population :

6. Doubler immédiatement le *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine en liant cette question à la présence de professionnels de santé sur tout le territoire.
7. Ré-ouvrir les écoles d'infirmières, d'aides-soignantes et autres écoles et filières professionnelles fermées ces dernières années.
8. Faire le bilan de la suppression du diplôme d'infirmier(ère) psychiatrique et étudier la nécessité de ré-ouvrir cette formation spécifique
9. Ré-ouvrir les négociations sur les 35 heures et 32,5 la nuit et engager enfin des négociations sur l'amélioration des retraites dans le milieu hospitalier
10. Garantir la permanence des soins des médecins libéraux.