

### ÉDITO

## La LFSS 2024 ou la mort annoncée de l'hôpital public.

Depuis sa création en 1996, la LFSS [loi de financement de la Sécurité Sociale] est devenue l'outil principal de pilotage de la politique de santé en France, elle vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. C'est une loi de financement et non de finances. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes et donc "l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie". L'Ondam est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, et dans les centres médico-sociaux.

Le projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale 2024 a été présenté en Conseil des ministres le 27 septembre 2023 par Bruno Le Maire, ministre de l'économie et des finances, par Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention et par Thomas Cazenave, ministre délégué chargé des comptes publics.

Le volet "recettes" du texte a ensuite été adopté sans vote par l'Assemblée nationale le 30 octobre 2023, après le recours à l'article 49.3 de la Constitution par la Première ministre. Le volet "dépenses" et l'ensemble du PLFSS ont également été adoptés sans vote par les députés en première lecture après le recours à l'article 49.3 de la Constitution par la Première ministre.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 prévoit un déficit des régimes de base et du Fond de Solidarité Vieillesse (FSV) de 8,8 milliards d'euros en 2023 (contre 19,7 milliards en 2022). Pour 2024, le déficit social est estimé à 11,2 milliards d'euros. Il devrait atteindre 17,5 milliards d'euros en 2027.

L'Ondam progresse de 3,2% en 2024 par rapport à 2023. Son montant est fixé à 254,7 milliards d'euros. Compte tenu de l'inflation, cela représente un montant de 8 milliards d'euros supplémentaires. L'inflation a amplement fragilisé les comptes financiers des structures publiques et privées de tous les secteurs du soin.

Ainsi, le résultat net des hôpitaux publics est passé de -71 M€ en 2020 à -1 340M€ en 2022.

Pour l'ONDAM hospitalier 2024, le taux d'évolution de 3,2% est donc très inférieur aux besoins. Aujourd'hui, nombre d'établissements sont en proie à de grandes difficultés financières en raison de l'inflation : les grands CH et CHU publics se heurtent à une augmentation de 300% à 400% de leurs dépenses d'électricité.

La FHF, fédération Hospitalière Française, estime qu'un financement supplémentaire de 2md€ au sein de l'ONDAM hospitalier 2024 est indispensable.

De même, au sein de l'ONDAM hospitalier 2023, les coûts de l'inflation ne sont pas intégralement financés, ni certaines mesures de revalorisation du travail de nuit.

Un abondement de l'ONDAM hospitalier 2023 de 1,9md€ est nécessaire, selon la FHF.

Côté financement, ce PLFSS acte la transition vers un nouveau mode de financement des activités de Maladie Chirurgie Obstétrique (MCO). L'objectif semble être la diminution de la tarification à l'activité (T2A) dans le financement des établissements de santé.

Pour rappel, la T2A est un mode de financement qui associe un niveau de rémunération à une activité spécifique dans le cadre d'une enveloppe de financement fermée, l'ONDAM. Les structures sont donc amenées à se battre pour récupérer la plus grosse part d'un gâteau qui n'évolue que très peu chaque année en maximisant le nombre d'actes pratiqués.

Ce nouveau financement se structurerait donc autour de trois types d'activités :

- Les « activités standards » resteraient financées via la T2A. Il s'agirait des activités de chirurgie et de médecine dont le gouvernement considère qu'elles ont pu être standardisées.

Ce mode de financement de ce type d'activités est sans aucun doute ce qui a permis le développement massif de structures de soins lucratifs, spécialisées sur quelques pathologies, en concentrant de fait les cas les plus complexes et les moins rémunérateurs dans les structures publiques.

- Les « activités répondant à des objectifs de santé publique » financées par des dotations spécifiques.

- Les « activités de soins aigus, spécifiques » avec un financement mixte, entre T2A et dotation à l'activité.

Les difficultés du service public hospitalier ne pourront donc que s'amplifier. Déjà, le système de santé français connaît une crise depuis de nombreuses années, ce qui se traduit par de multiples difficultés, tant pour la communauté médicale que pour les patients : engorgement des urgences, manque de lits dans les hôpitaux et manque de personnel médical. Une nouvelle dégradation de la situation financière des établissements auraient des répercussions immédiates sur leurs capacités d'investissement, et même sur leurs capacités de paiement, selon la FHF. Avec au bout, des conséquences durables à la fois pour les patients et les professionnels de santé. Sans augmentation du budget, il y aura « des arrêts d'activité voire des fermetures pures et simples ». En attendant, les agents sont appelés à toujours plus se sacrifier. Des exemples parmi tant d'autres : au Centre hospitalier de Créteil (Val-de-Marne), il y a quatre infirmiers au lieu de douze avec parfois 46 patients en même temps pour douze lits dans le service. Face à la pénurie et à l'approche des Jeux olympiques, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), responsable du dispositif sanitaire durant cet événement, n'a rien trouvé de mieux que de proposer aux paramédicaux de se limiter à 15 jours de vacances entre le 1er juillet et le 31 août, en contrepartie d'une prime. À l'APHP, 10 % des lits sont fermés faute de personnel et

jusqu'à 25 % dans le secteur gériatrique.

Le PLFSS 2024 est donc très en-deçà des besoins et des possibilités de développement et d'évolution du Service public hospitalier pour permettre l'accès à des soins de qualité pour tous.

Ce budget a été massivement rejeté par l'ensemble des organisations syndicales, notamment la CGT des caisses de Sécurité sociale et par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale qui a jugé l'Ondam "insincère". Mais rien n'y fait, aucune des nombreuses propositions d'évolution du texte, même à la marge, issues tant de la démocratie sociale que parlementaire n'a été entendue.

Le gouvernement reste enfermé avec sa majorité relative dans ses illusions de progrès et ses mensonges alors même qu'il

organise l'austérité généralisée, le recul des droits sociaux et la casse de la Sécurité sociale. Sa trajectoire est un aveu d'impuissance par un passage en force avec le recours au 49-3.

Le PLFSS 2024 ne peut répondre aux besoins en santé de la population, il organise la fin du service public hospitalier et seule une Sécurité sociale intégrale, revendiquée par la CGT, gérée de manière autonome par les travailleurs, tant financièrement que politiquement, et financée par les cotisations sociales peut garantir aux assurés sociaux d'être protégés à la hauteur de leurs besoins.

*Pour le collectif national santé*  
*Aline Mahous, Indecosa-Cgt 65*



## Dossier Actus



### En bref

*Selon la fédération hospitalière privée, 40 % des 1030 hôpitaux et cliniques privés sont en déficit. Ils n'étaient que 21 % dans ce cas en 2021. Tous secteurs confondus, les établissements hospitaliers ont demandé 1,5 milliards d'euros au gouvernement pour compenser la hausse des prix. Selon FHP L'exécutif ne proposerait que 500 millions.*

## L'idée d'une formation des médecins par les patients fait son chemin...

Comment peut-on améliorer la relation entre les médecins et les malades ?

Pourquoi pas en encadrant davantage et en rendant obligatoire la participation des patients à la formation initiale des praticiens, dès le 1<sup>er</sup> cycle d'études et tout au long du parcours. C'est ce que proposent en substance la Direction générale de l'offre de soins et la Direction générale de l'enseignement supérieur à travers un rapport. Ce n'est pas nouveau en soi puisque le principe est acté dans une loi de 2019.

Malgré tout, il n'existe aucun cadre national d'application et c'est bien ce que pointe le rapport des deux directions précitées.

Sur les trente-cinq facultés de médecine française, dix-sept ont intégré quelques cours incluant cette participation soit ponctuellement ou encore sous forme de modules optionnels intégrés aux programmes, mais de manière très informelle. Six seulement sont réellement organisées avec des structures dédiées.

Plus répandue dans certains pays Anglo-Saxons, cette pratique semble de plus en plus bénéfique par ses effets. Le rapport commente ces effets positifs en indiquant que cela a permis aux futurs médecins dans les pays concernés, **d'améliorer les compétences relationnelles, comme l'empathie et l'écoute, la bonne marche des entretiens, identifier les personnes en difficulté, favoriser les décisions partagées avec les patients.**

Pour le rapport, divers enseignements sont susceptibles d'être coanimés par des patients comme la déontologie, la démocratie en santé, les droits des patients, la communication (ex : l'annonce d'une pathologie grave), les maladies rares, la santé mentale, le handicap et bien sûr la prise en charge d'une certaine catégorie de la population comme les séniors.

INDECOSA-CGT est en faveur de ce principe qui est un élément intégrant dans les rapports entre les patients et les soignants.

C'est d'ailleurs ce principe que nous avons défendu lors de notre séjour au Congo-Brazzaville lors d'un forum qui s'est déroulé du 18 au 20 avril.

Afin de poursuivre ces discussions avec nos homologues Congolais une délégation viendra au cours du premier semestre 2024 participer à une session de formation que nous organisons avec des militants mandatés santé d'INDECOSA-CGT

# Santé et Droit :

## Perte de chance et responsabilité juridique d'un établissement de santé vis-à-vis d'un patient, de quoi parle-t-on ?

Selon l'article L 1142-1 du Code de la santé publique, les établissements publics de santé sont responsables des conséquences dommageables des fautes médicales commises lors d'actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins par les médecins et autres professionnels de santé qu'ils emploient.



Les victimes des dits actes ont, en principe, droit à la réparation intégrale de leurs préjudices.

Malgré tout, il convient de distinguer la faute qui a directement causé le dommage de celle qui a fait seulement perdre une chance au patient de l'éviter.

Ainsi, le juge administratif considère de manière traditionnelle que, compte tenu des incertitudes liées à l'activité médicale, un lien de causalité direct, certain et exclusif

ne peut être établi entre la faute et le dommage, donc que la responsabilité n'est pas intégrale.

L'établissement public de santé ne doit pas indemniser le dommage corporel subi par le patient mais seulement une fraction de celui-ci correspondant au pourcentage de chances que ce dernier a perdu d'éviter le dommage dans toutes ses conséquences.

Toute la difficulté est alors de quantifier cette perte, opération dans laquelle l'expertise médicale jouera naturellement un rôle crucial.

**Pour le collectif national santé**  
**Arnaud Faucon, Chargé de projet santé**