

**LA SANTÉ COMME INDUSTRIE  
GÉNÉRATRICE DE NOUVELLE  
VALEUR**

**6**

**La transformation de l'hôpital vers un modèle  
industriel moderne**

OCTOBRE 2020

BRPCHURE

2 €

1 £

2 US\$

60 CZK

150 Rs

### *AVERTISSEMENT*

Nous remercions Monsieur G. Bouvin qui, en tant qu'éditeur responsable, nous permet de publier et de diffuser légalement cette publication. Nous précisons que Monsieur G. Bouvin n'est pas responsable du contenu politique des articles et plus généralement des positions programmatiques défendues dans notre presse.

### *PRÉSENTATION*

Ce document sort en même temps en plusieurs langues. Non parce que nous aurions été très efficaces pour la traduction, mais parce qu'il est le fruit d'un travail commun dès le début de sa conception. Travail mené conjointement par les camarades de Kpk, MC et d'autres. Ceci confirme ce que nous avons commencé il y a plusieurs années et qui tend vers l'unification et la centralisation des communistes.

### *CONTACTS*

Kolektivně **proti** kapitálu

Consulter le site : <http://protikapitalu.org/>

Contact : [kpk@kapitalu.org](mailto:kpk@kapitalu.org)

Mouvement Communiste

Consulter le site : <http://www.mouvement-communiste.com>

Pour toute correspondance : [postmaster@mouvement-communiste.com](mailto:postmaster@mouvement-communiste.com)

## TABLE DES MATIERES

<b><u>INTRODUCTION.....</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>UNE JOURNÉE À L'HÔPITAL, UNE JOURNÉE À L'USINE .....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b>ZERO STOCK ET FLUX TENDU, PAS DE TEMPS PERDU POUR L'ACCUMULATION DE CAPITAL .....</b>	<b>3</b>
<b>TECHNO-HOPITAL, PRODUCTIVITE DU TRAVAIL ET CENTRALISATION DU CAPITAL .....</b>	<b>8</b>
<b>CONCURRENCE, COUTS DE PRODUCTION ET PLUS-VALUE.....</b>	<b>11</b>
<b><u>PRODUCTION ET REPRODUCTION .....</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b>À QUOI SERT L'HOPITAL POUR LE CAPITAL ? LA VALEUR D'USAGE DE LA MARCHANDISE SANTE.....</b>	<b>12</b>
<b>UNE ACTIVITE PRODUCTIVE DANS LA SPHERE DE LA REPRODUCTION DE LA FORCE DE TRAVAIL .....</b>	<b>15</b>
<b>L'HOPITAL ET L'ÉTAT. LA SANTE PUBLIQUE COMME DEPENSE IMPRODUCTIVE.....</b>	<b>16</b>
<b><u>DES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR LES TRAVAILLEURS COMBATIFS.....</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>APPENDICES : SITUATIONS NATIONALES ET RÉFORMES DE LA SANTÉ .....</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b>BELGIQUE : LA REFORME DE BLOCK .....</b>	<b>20</b>
<b>FRANCE : ACCORDS DU « SEGUR DE LA SANTE » .....</b>	<b>23</b>
<b>LE CONTEXTE DE LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE.....</b>	<b>23</b>
<b>CONTENU DE L'ACCORD DU SEGUR .....</b>	<b>24</b>
<b>BILAN DE LA REFORME EN COURS.....</b>	<b>25</b>
<b>LA MODERNISATION DE L'ORGANISATION DE L'ENTREPRISE HOPITAL.....</b>	<b>26</b>
<b>TRACTS.....</b>	<b>27</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE .....</u></b>	<b><u>28</u></b>

## INTRODUCTION

Octobre 2020 : l'épidémie de Covid-19<sup>1</sup> est de retour et frappe dur dans de nombreux pays. Cette deuxième vague, après une première vague d'ampleur mondiale qui a poussé le système de santé à sa capacité maximale, risque de l'écrouler. Pourtant en juin dernier, en Belgique et en France, des travailleurs de la santé ont manifesté dans la rue et sur leurs lieux de travail, les hôpitaux. Sous le slogan « *Du fric pour la santé publique ! Du blé pour la santé !* », ils et elles exigeaient une hausse de leur salaire et une amélioration de leurs conditions de travail. À ces revendications immédiates, s'ajoute un rejet de la marchandisation des soins, responsable de « *tuer l'hôpital* ».

Pourtant, le capital, et en particulier le capital collectif représenté par l'État, ne « tue » pas l'hôpital, il le rend productif de nouvelle valeur, autrement dit de profit. Quant à la santé comme bien commun et public, elle n'a jamais vraiment existé dans les sociétés divisées en classes. L'accès complet aux soins, mais aussi à ce qu'on appelle communément la prévention, a toujours été et reste avant tout l'apanage de ceux qui peuvent se le payer. En dépit de l'élan authentiquement humaniste qui anime bon nombre de personnels de la santé en colère.

Ce texte tente de décrypter l'importante mutation à l'œuvre depuis une quarantaine d'années au sein des hôpitaux dans les pays capitalistes avancés dotés d'un système d'assurance sociale universelle, cogérée par l'État et les dits partenaires sociaux, qu'il faudrait plutôt qualifier de corps intermédiaires de l'État<sup>2</sup>. Le secteur des soins, régi dès l'instauration de la sécurité sociale par des règles de marché biaisées (fixation des prix en dehors du marché, financement étatique des entreprises hospitalières), évolue depuis les années 1980 et encore plus depuis 2008 – suite à la crise fiscale résultant de la crise financière – vers un modèle industriel moderne « classique » innervé et stimulé par la concurrence.

Que ce soit dans les entreprises publiques ou privées, la structure des hôpitaux est de plus en plus une structure clairement capitaliste destinée à réaliser du profit grâce à la vente de la marchandise « santé ». La transformation du secteur hospitalier constitue ainsi une « mise à jour » du capital dans le sens de l'efficacité et de la rentabilité. Cette pénétration du capital dans le marché d'État correspond à l'extension continue du capital à toutes les sphères de l'activité économique et à la généralisation de la marchandise en tant que forme unique de la richesse.

L'hôpital exprime la forme la plus avancée de concentration et de centralisation du capital dans le marché de la santé. Pour le dire autrement et schématiquement : le médecin de famille relève de la figure de l'artisan ; le centre de santé s'approche davantage de la petite manufacture (rassemblement dans un même lieu en mutualisant les coûts fixes mais relevant encore de la coopération simple). Tandis que l'hôpital s'impose comme l'organisation industrielle spécifique du mode de production capitaliste en combinant division et organisation scientifique du travail (spécialisation, parcellisation, travail répétitif), mécanisation (technologie et science appliquée) et coopération à grande échelle (travailleur collectif et centralisation de la recherche appliquée).

---

<sup>1</sup> Pour consulter le bulletin « Pandémie, États-nations et capital » (mars 2020) que MC y a consacré : [mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/BLT2003FRvF.pdf](https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/BLT2003FRvF.pdf)

<sup>2</sup> Bien entendu, les systèmes de santé de nombreux États européens sont financés par l'impôt général, plutôt que par un système d'assurance maladie sociale. C'est le cas notamment au Royaume-Uni et en Italie. Il existe également des systèmes hybrides, comme en Grèce et en Espagne. Voir l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, pour un ensemble complet de rapports sur tous les pays européens :

<https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>

Les mêmes tendances sont à l'œuvre dans ces autres systèmes, mais nous nous concentrons ici en détail sur leur manifestation dans le « modèle d'assurance sociale », ou « modèle Bismarck » (voir ci-après) de financement des soins de santé.

La « crise de l'hôpital » découle de la volonté de l'État de réduire drastiquement ses dépenses improductives dans les soins de santé. En effet, en tant que représentant du capital collectif, l'État consacre une part importante<sup>3</sup> de son budget à l'entretien de la santé de la population, si l'on entend par là les interventions nécessaires à la reproduction de la force de travail utile au capital, directement ou indirectement (puisque les enfants, les personnes âgées ou les invalides de longue durée sont également pris en charge par le système de soins de santé). Mais l'État, en tant que capital individuel, et encore plus en tant que détenteur du système hospitalier public, cherche à diminuer sa contribution au financement des hôpitaux et à investir dans des entités plus efficaces – lire : capables de générer du profit. Et ce même s'il doit encore assurer des missions de reproduction de la force de travail dans des structures de soins moins performantes mais indispensables (comme dans les « déserts médicaux » ou dans les services de soins intensifs). L'entreprise publique de la santé n'est pas pour autant enterrée puisque l'État, en sa qualité d'actionnaire de capitaux individuels, reste un acteur central du secteur des hôpitaux.

L'impact de cette évolution structurelle est et sera payé par celles et ceux qui travaillent dans les hôpitaux et par les patients. Les caractéristiques et les conditions d'exploitation de la force de travail des travailleurs de la santé ne sont pas – sur le fond – différentes de celles rencontrées dans les entreprises manufacturières et logistiques de la production de masse. Comme toute force de travail dans toute organisation capitaliste, les travailleurs de la santé contribuent à l'accumulation de « leur » capital individuel (l'hôpital) et en tant que tels subissent les tentatives constantes de la part de leurs patrons de diminuer le salaire, d'allonger le temps de travail, de dégrader les conditions de travail, de pousser à l'augmentation de la productivité et à l'intensification de leur travail, etc. Il n'y a pas de raison qu'il en aille autrement dans ce secteur que dans les autres.

Tout au plus, dans un premier temps – suite à l'épisode de la Covid-19 – l'État va devoir réinvestir dans la santé, accorder certaines hausses salariales et des aménagements concernant les conditions de travail, ce qui fera augmenter les coûts de production. Mais à terme, la transformation de tout bien en marchandise restera la tendance dominante et systématique du cycle capitaliste, y compris dans le domaine de la santé. Cette tendance à la marchandisation pourrait être ralentie par la gestion de l'épidémie de SARS-CoV-2 mais certainement pas inversée, le virus représentant « seulement » un élément temporairement contracyclique. De plus, le virus sert d'ores et déjà aux gestionnaires des systèmes de santé pour définir des plans de restructuration et d'investissement pouvant résorber rapidement la hausse des coûts de production en augmentant la productivité du travail social engagé dans ce secteur.

## UNE JOURNÉE À L'HÔPITAL, UNE JOURNÉE À L'USINE

### *Zéro stock et flux tendu, pas de temps perdu pour l'accumulation de capital*

Le capital est un rapport social intrinsèquement dynamique : il n'a de cesse de conquérir, de s'accaparer et de révolutionner des domaines qui jusque-là avaient échappé à sa mainmise. L'hôpital est soumis à une transformation de son procès de travail concret incluant une division du travail accrue, une intense spécialisation et parcellisation des tâches avec, pour corollaire inévitable, un travail répétitif. Tout cela sur la base d'une coopération à grande échelle, c'est-à-dire d'un travailleur collectif spécialisé mais flexible et potentiellement interchangeable, aux temps d'adaptation et de mise à jour des compétences de plus en plus réduits.

La transformation des conditions de travail à l'hôpital depuis les années 1980<sup>4</sup> est comparable au processus appliqué à l'industrie un siècle plus tôt en matière de taylorisation et de

---

<sup>3</sup> Voir : [who.int/whosis/whostat/FR\\_WHS09\\_Table7.pdf?ua=1](http://who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table7.pdf?ua=1)

<sup>4</sup> Par exemple, la modélisation de la charge de travail nommée « soins infirmiers individualisés à la personne soignée » (SIIPS) évoquée plus loin dans ce texte a été créée et mise en œuvre en France à partir de 1987-1988.

mécanisation. Le chronomètre<sup>5</sup> fait ainsi son entrée à l'hôpital. Cela traduit le fait que pour l'État en tant qu'actionnaire principal voire unique d'un capital individuel (c'est la situation de l'hôpital public), comme pour les capitaux privés de la santé (également financés par l'État et la sécurité sociale), l'hôpital peut être productif, c'est-à-dire générateur de nouvelle valeur. L'hôpital est né comme une pure dépense improductive indispensable à la reproduction des classes et au bon fonctionnement de l'organisation capitaliste du travail, au même titre que l'école par exemple, et est progressivement devenu un capital générateur de profit. Exactement comme le devient de plus en plus l'enseignement supérieur et comme l'est déjà depuis longtemps le transport en commun<sup>6</sup>. Dans l'histoire du mode de production capitaliste, la sphère productive s'étend sans cesse aux activités qui ne l'étaient pas encore et de nouveaux capitaux individuels (privés ou étatiques) voient le jour pour en assurer l'exploitation. Les « services publics » traditionnels qui ne participent pas directement à l'accumulation du capital sont inexorablement aspirés par le marché.

### ***Hôpital public et hôpital privé***

En Belgique, les hôpitaux publics, comme les hôpitaux privés, sont financés par dotation de l'État fédéral (pour les salaires principalement), des régions (pour les infrastructures surtout) et par l'assurance soins de santé et invalidité (pour les honoraires des consultations et interventions, les actes médicaux techniques et les traitements). Ils sont, à la différence des hôpitaux privés, la propriété formelle et sous la direction des communes, des intercommunales, des provinces ou des régions. 72 % des hôpitaux sont privés (sous statut d'association sans but lucratif). *« Historiquement, ces derniers étaient l'émanation de congrégations religieuses, de mutualités, d'universités libres ou d'anciens hôpitaux d'entreprise. Toutefois, vu le nombre important de fusions entre hôpitaux au cours de ces dernières décennies, bon nombre d'institutions sont aujourd'hui un héritage issu à la fois du secteur public et du privé. La loi sur les hôpitaux s'applique indistinctement au secteur public comme au secteur privé et leur financement par les pouvoirs publics est identique<sup>7</sup>. »*

En France, entre 1948 et 1979, l'essor de l'hôpital public (aux plans capacitaire et technologique) est réalisé à coups d'investissements massifs de l'État *via* l'assurance maladie et les collectivités locales. Parallèlement, la création de cliniques privées s'amplifie à partir de 1946<sup>8</sup> et celles-ci sont progressivement conventionnées par l'assurance maladie. En 1970, le secteur privé est reconnu aux côtés du secteur public par une loi organisant le système hospitalier<sup>9</sup>. À partir de 1981, une politique de compression des dépenses publiques est entamée, poussant au regroupement des cliniques, et scellée par une réforme en 1987. En 1983-1984 déjà, le mécanisme de financement avait été revu sur la base de groupes à diagnostic homogène et sur le principe de la dotation (plutôt que sur le principe des prix de journée établi en 1941) dans le but de freiner les dépenses et d'améliorer la performance économique des hôpitaux. Lors des quinze années suivantes, un système national a été mis en place pour définir et calculer le coût moyen de production des séjours hospitaliers. Les entreprises doivent alors atteindre la norme de productivité minimum fixée par le financement, favorisant l'autonomisation économique des structures hospitalières les plus rentables. En 2002-2004, l'introduction de la tarification à l'activité, dans le cadre d'une uniformisation du financement des établissements de santé publics et privés, distingue les montants à facturer selon le type de pathologie et le type d'acte (simple ou complexe) et constitue une nouvelle avancée dans la rationalisation « comptable » des actes médicaux.

<sup>5</sup> Référence à l'ouvrage de Benjamin Coriat, *L'atelier et le chronomètre : essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse*, Christian Bourgois, 1979.

<sup>6</sup> Pour consulter la lettre que MC a consacrée à la dernière réforme de la SNCF et au bilan de la grève qui s'y est opposée : [mouvement-communiste.com/documents/MC/Letters/LTMC1946%20FRvF.pdf](http://mouvement-communiste.com/documents/MC/Letters/LTMC1946%20FRvF.pdf)

<sup>7</sup> Source : [belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation-du-paysage-hospitalier/types-d-hopitaux](http://belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation-du-paysage-hospitalier/types-d-hopitaux)

<sup>8</sup> Source : Nicolas Tanti-Hardouin, *L'hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle*, Les études de la documentation française, 1996.

<sup>9</sup> Source : [irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf](http://irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf)

Pour décrire le fonctionnement des procès de travail et d'accumulation du capital au sein de l'hôpital, les similitudes avec une entreprise industrielle classique, du secteur automobile par exemple, sont utiles et nombreuses : de l'embauche du personnel aux flux des marchandises à l'intérieur de l'entreprise, en passant par la division du travail, la spécialisation et l'encadrement de la force de travail.

*« Ainsi le portrait contemporain du système hospitalier brossé, on le voit clairement prendre le visage d'une industrie. Il en reproduit parfaitement les modèles qui l'organisent : gestion des stocks et des flux, circuits standardisés, organisation managériale, inflation des graphes, architecture de type casiers ou rayonnages "à granulométrie faible" encourageant à la vitesse. L'individu y est devenu un objet potentiel de rentabilité, comme il est dans un système de transaction généralisée [...] une valeur d'échange<sup>10</sup>. »*

Au sein de l'hôpital, les flux « humains » – tant du personnel que des patients – sont gérés de manière à réduire au maximum les temps morts, que ce soient les transferts des malades d'un service à l'autre et d'un lit à l'autre, ou les déplacements des soignants dans les nombreux couloirs des différents services hospitaliers. Il faut en outre continuellement réduire la durée moyenne de séjour (DMS) afin de limiter le stock et d'accélérer le flux de patients (selon le vocabulaire utilisé par les gestionnaires hospitaliers).

En Belgique, par exemple, comme dans d'autres pays européens, les séjours hospitaliers raccourcissent et, parallèlement, les soins ambulatoires prennent de l'ampleur. Ces derniers représentaient, en 2018, 18 % des journées réalisées et pesaient pour presque 60 % des admissions. Comme l'indique pour l'année 2018 la banque Belfius, chargée de l'étude *Model for Automatic Hospital Analysis* (Maha) depuis 25 ans : « Pour pouvoir faire baisser le nombre de lits justifiés dans les prochaines années, il conviendra de toujours tabler sur les hospitalisations de jour, les formes de soins alternatives (hôtels de soins, hospitalisation à domicile...), d'organiser davantage les soins à domicile et d'améliorer la diffusion électronique des données des patients. »

Cette gestion des flux fait d'ailleurs l'objet d'une étude particulièrement attentive de la part du management hospitalier pour comprimer au maximum tout ce qui ne ressort pas de l'acte (facturable) médical lui-même, et pour que le temps de travail du personnel soignant soit le plus proche possible du temps au travail. Chaque instant de la journée de travail doit être consacré à une tâche qui puisse être comptabilisée dans les comptes de l'entreprise. Tous les moments qui ne sont pas consacrés directement à du temps « productif » sont restreints (les pauses, les discussions entre collègues).

La situation dans l'exemple industriel comparatif choisi – l'industrie automobile – est identique : minimisation à l'extrême des trajets inutiles pour le transport des marchandises et du déplacement de la main-d'œuvre au cours du procès de production ; combat continu et sans relâche de la part du patron pour sortir du temps de travail tout ce qui n'est pas directement productif, comme les trajets domicile-travail, les passages aux toilettes, repas, etc.

Le besoin d'efficience du capital se manifeste à ce niveau – très classiquement – par deux phénomènes : la pression constante à l'allongement et à la flexibilisation de la durée de la journée de travail, couplée, la plupart du temps, à l'intensification de celle-ci. Le but avoué est d'augmenter la productivité du travail par l'allocation la plus efficace de la force de travail, c'est-à-dire d'accroître le taux d'exploitation pour obtenir davantage de plus-value à partir de son unique source, le travail vivant.

Comme dans l'industrie automobile, le personnel soignant est encadré par des « contremaîtres » dont la fonction principale est de s'assurer que le procès de travail soit le plus efficace possible du point de vue des impératifs de production. Ils sont soutenus en cela par une pléthore de logiciels contrôlant l'état d'avancement des tâches quasiment à la minute près, badges

---

<sup>10</sup> Stéphane Velut, *L'Hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme*, Gallimard, 2020.

et pointage aidant. L'activité centrale du personnel soignant est de plus en plus réduite à des protocoles d'actes quantifiables, régis par du personnel administratif qui prend ainsi le commandement de l'activité proprement technique, qui semble pourtant incarner le mieux la « raison sociale » de l'entreprise.

Le phénomène de taylorisation du travail se traduit concrètement par le découpage du temps de travail en unités clairement délimitées (et identifiables sur le plan comptable) et la chasse aux temps morts<sup>11</sup>. La spécialisation des personnels et la parcellisation des actes les rendent ainsi mieux mesurables (en temps et en ressources engagées). Des dispositifs de calcul ont ainsi été élaborés pour mesurer et distribuer la « charge en soins ».

Deux exemples :

« Le PRN (projet de recherche en nursing<sup>12</sup>) : il consiste en un découpage minuté de la journée de soins et en l'identification du personnel nécessaire (quantité, qualité). Il se base sur la mesure du temps requis pour réaliser les soins planifiés. Pour ce faire, il est nécessaire d'établir un catalogue des "actions de soins" (regroupées en secteurs tels que la respiration, l'alimentation, l'hygiène, la communication...), dont il faut indiquer la fréquence d'accomplissement, laquelle permet ensuite d'attribuer une valeur à ces actions. Cette valeur s'exprime en points, et un point équivaut à cinq minutes de temps de soins. La somme des points obtenus pour tous les actes de soins sur une période de 24 heures donne le score PRN journalier, c'est-à-dire le temps censé être consacré à la "charge en soins". Ce temps doit ensuite permettre de "construire l'offre" correspondant aux besoins et de prévoir la distribution du personnel requis, c'est-à-dire de déterminer l'effectif soignant pour dispenser les soins<sup>13</sup>. »

« Le SIIPS (soins infirmiers individualisés à la personne soignée) : il consiste en la mesure de l'intensité de la charge de travail pour calculer la quantité de personnel nécessaire. Nécessité d'élaborer une grille d'appréciation des soins infirmiers dispensés chaque jour à chaque patient. Ces soins sont ensuite classés en fonction de leur nature (soins de base, techniques, ou relationnels et éducatifs). Les soins sont ensuite répartis en différents niveaux, auxquels sont affectés des coefficients d'intensité ou de charge (minimal, léger, court, lourd, très lourd). À chaque combinaison, est attribué un temps moyen pondéré permettant, par addition, de connaître la charge de travail en soins. Pour obtenir la charge totale du service et obtenir le nombre de postes par jour nécessaires, il faut ajouter aux points SIIPS les autres activités afférentes aux soins (activités hôtelières, d'information, de formation) réalisées par les agents du service<sup>14</sup>. »

Ces méthodes de gestion de la force de travail permettent, par exemple, de ne pas remplacer les départs si la charge en soins peut être remplie par un nombre moindre de travailleurs, et de dévaloriser certaines tâches par le recours à des agents moins qualifiés et surtout moins chers. Des infirmières assurent ainsi des tâches dévolues aux médecins ; des aides-soignantes celles assignées aux infirmières, etc.

---

<sup>11</sup> « Les cadences augmentent, les délais se raccourcissent et le travail s'intensifie puisqu'il faut, en raison du financement à l'activité, traiter toujours plus de patients à effectifs constants. La rotation des lits est plus rapide, le nombre de consultations par vacation augmente fortement. » Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fany Vincent, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, p67. Raisons d'agir, 2019.

<sup>12</sup> Cela s'appelle « en nursing » parce que la première mise en place expérimentale a débuté dans une maternité de Montréal, le CHU Sainte-Justine, en 1969.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

### ***Le DRG : une étape clé dans le processus d'industrialisation de l'hôpital***

Comment soumettre la production hospitalière à un impératif d'efficacité ? Comment faire progresser la performance de l'activité et comment la mesurer ? Comment définir des « coûts moyens » alors que chaque hôpital traite un ensemble de cas uniques, des milliers de patients singuliers présentant des problèmes de santé spécifiques et requérant des thérapies adaptées ? Ces questions ont historiquement affligé les directions hospitalières pendant de longues décennies après que l'hôpital se soit développé comme un appareil moderne composé d'un grand nombre d'employés, de machines sophistiquées et d'une organisation du travail de plus en plus poussée.

Une réponse a été fournie, à partir des années 1970, avec l'application d'une méthode de gestion de la production hospitalière reposant sur des « groupes homogènes de malades » (DRG pour *Diagnosis Related Group*). Le système DRG s'est développé aux États-Unis dans le but de mesurer les coûts et les résultats des hôpitaux. Les patients hospitalisés ont d'abord été regroupés en fonction des réponses cliniques et le système distinguait le schéma et la quantité de ressources hospitalières nécessaires pour fournir des soins cohérents pour chaque catégorie. Après que le DRG est parvenu à classifier la production hospitalière, il a été utilisé pour gérer les paiements, pour la première fois dans un hôpital américain en 1983. Il s'est ensuite diffusé rapidement<sup>15</sup>. Aujourd'hui, le système DRG est considéré comme l'innovation d'après-guerre la plus influente en matière de financement des soins et il est le système de classification des patients le plus important au niveau mondial. La transformation de la santé en marchandise capitaliste « normale » a été rendue possible, notamment, par ce système.

Concrètement, le DRG est un outil de catégorisation, de mesure et d'ajustement de la production hospitalière, y compris pour les aspects de tarification et de paiement. La classification permet de définir et de comparer des produits particuliers qui sont homogènes tant sur le plan clinique que sur le plan des coûts ; et sur cette base d'évaluer et d'attribuer des prix unitaires par groupe. Autrement dit, le DRG, par le biais du coût moyen, permet de déterminer le temps social moyen nécessaire à la production.

Comment ça marche ?

1. Le DRG regroupe les patients selon des caractéristiques cliniques et des coûts économiques relativement homogènes ; ce sont les deux facteurs déterminants pour la définition d'un produit particulier.
2. Le DRG détermine un « niveau de poids », généralement un coût de traitement moyen pour un patient au sein d'un groupe de diagnostic particulier.
3. Il convertit les poids du DRG en valeurs monétaires ; éventuellement à ajuster selon d'autres variables.
4. L'hôpital est payé sur la base du type et du nombre de DRG qu'il produit.

Les paiements basés sur le DRG se sont montrés plus performants comparativement aux indemnités journalières, par exemple, qui ont été historiquement la forme dominante de rémunération dans les hôpitaux. Dans ce cas, plus le patient est traité longtemps, plus les hôpitaux reçoivent d'argent. Au contraire, le DRG incite l'hôpital : à réduire les coûts par patient traité ; à augmenter les revenus par patient ; à accroître le nombre de patients. Évidemment, l'introduction d'un paiement basé sur le DRG entraîne de nombreuses conséquences « involontaires » telles que l'absence de fourniture de soins pourtant nécessaires, l'écrémage des patients insuffisamment voire non rentables, ou encore le reclassement artificiel des patients dans des groupes diagnostiques mieux rémunérés.

---

<sup>15</sup> Dès 1984, le « père » du DRG, le professeur Robert Fetter, a été invité en Europe à l'initiative du gouvernement français et des représentants de Belgique, d'Irlande, des Pays-Bas et du Portugal. En Allemagne, le DRG est appliqué depuis 1985 (il est appelé le G-DRG) et a toujours exclu les soins psychiatriques. Depuis janvier 2020, les soins de maternité sont également hors G-DRG (voir : [mtrconsult.com/news/german-drg-system-change-2020](https://mtrconsult.com/news/german-drg-system-change-2020)). Le DRG est appliqué en Europe depuis une vingtaine d'années, et il a été une des bases de la tarification à l'acte en France.

Des technologies de l'information avancées sont la base matérielle nécessaire pour le fonctionnement quotidien de l'hôpital au sein du système DRG. La classification proprement dite des patients n'est pas faite par un agent humain ; elle est presque toujours effectuée par un logiciel de regroupement informatisé. Les systèmes doivent être mis à jour à intervalles réguliers. Sans système de comptabilité analytique de haut niveau, les directions ne peuvent pas savoir si les hôpitaux produisent des DRG à des coûts inférieurs aux prix fixés dans les grilles, donc si les hôpitaux font des bénéfices ou subissent des pertes.

L'introduction du DRG a constitué un changement historique qui ne serait pas advenu sans un développement gigantesque des connaissances sociales, sans les technologies modernes, sans la capacité d'agréger un volume massif de données et sans les logiciels et les algorithmes pour leur traitement. C'est un autre exemple de la façon dont le développement de la science et son application dans le cadre capitaliste soutiennent la pénétration de la forme-valeur dans tous les pores des activités de la société humaine.

Toutefois, le processus d'industrialisation des hôpitaux n'est pas encore entièrement réalisé selon les normes actuelles du DRG, qui elles-mêmes sont par nature évolutives. Selon l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé<sup>16</sup>, la disponibilité d'informations standardisées et (par conséquent) comparables de haute qualité sur les coûts est limitée dans de nombreux pays européens ; relativement peu d'études ont explicitement identifié et quantifié son impact à l'aide de méthodes établies ; et si les objectifs du DRG sont clairs, l'atteinte des objectifs est encore relativement inconnue. Si la structure générale de nombreux systèmes DRG est relativement similaire, la systématique précise des DRG implantés dans chaque pays peut varier. Par exemple, la conversion monétaire des poids<sup>17</sup> des DRG est variable, ainsi que le type de paiement hospitalier<sup>18</sup> basé sur le DRG. Enfin, les paiements hospitaliers basés sur les DRG ne représentent pas la totalité des revenus des hôpitaux dans tous les pays<sup>19</sup>. De plus et généralement, certaines branches médicales sont exclues du DRG (par exemple la psychiatrie, les soins de longue durée, la réhabilitation).

Tout cela signifie que le DRG a amorcé des changements fondamentaux dans les hôpitaux, mais que la route vers l'industrialisation complète des soins de santé est encore longue et constamment évolutive car le corps humain et ses pathologies résistent « naturellement » à la standardisation par leur caractère unique.

### ***Techno-hôpital, productivité du travail et centralisation du capital***

L'évolution capitaliste de l'hôpital est passée par le développement massif des sciences médicales, des technologies appliquées et du machinisme spécifique à cette activité. Ce formidable saut des connaissances et des techniques de soin a permis que le système hospitalier se transforme en industrie apte à générer de la nouvelle valeur. Dès l'immédiat après seconde guerre mondiale, l'association entre médecine, sciences et techniques fait de l'hôpital qui y parvient, un lieu de soins de pointe (techno-hôpital) avec l'hyperspécialisation de certaines professions qui en résulte.

La mécanisation agit bien entendu sur la productivité du travail. Elle contribue à la diminution du temps moyen nécessaire à la réalisation des actes et permet souvent une diminution du volume d'emploi. Elle s'étend à toutes les branches du secteur médical, y compris les plus complexes comme celle par exemple des anesthésistes-réanimateurs, qu'il reste encore

---

<sup>16</sup> Source : [euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/162265/e96538.pdf](http://euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf)

<sup>17</sup> Par exemple : poids relatif (Suède, Allemagne), tarif brut (France, Royaume-Uni) et score (Pologne, Autriche).

<sup>18</sup> Par exemple : allocation budgétaire (Irlande, Espagne) ou paiement par cas (France, Royaume-Uni).

<sup>19</sup> Bien qu'il représente généralement la majorité des revenus : en France, 80 % des revenus des hôpitaux sont liés au DRG, en Allemagne 80 %, au Royaume-Uni 60 %.

difficile de remplacer par une machine, mais dont la « mécanisation » partielle est en cours d'expérimentation<sup>20</sup>.

Les hôpitaux à forte composition technique (automatisation avancée), nécessitant donc moins de force de travail pour leur mise en œuvre, deviennent en premier des entreprises capitalistes « normales ». Ces hôpitaux plus rentables investissent dans des équipements de pointe (robot de chirurgie, imagerie médicale, etc.) et dans de nouvelles installations et infrastructures techniquement adaptées. Ces investissements en capital constant sont consentis à mesure de leur efficacité capitaliste, c'est-à-dire en fonction de leur capacité à diminuer les coûts totaux de production d'un acte ou d'une thérapie relativement aux remboursements standardisés des soins fixés par les clients payeurs, nommément les instituts de sécurité sociale, les mutuelles et l'État (au travers de son budget santé).

Le secteur aujourd'hui de très loin le plus rentable, et dans lequel les hôpitaux privés investissent énormément de capital constant, est celui du diagnostic par imagerie médicale (anciennement appelé le service de radiologie<sup>21</sup>). Avec les avancées technologiques actuelles, ce secteur est désormais presque complètement automatisé. Y opèrent des médecins extrêmement qualifiés avec des capacités proches, au niveau technique, de celles des ingénieurs, capables d'interpréter les rapports émis par les machines (scanners, IRM, échographes, etc.). De la sorte ils permettent de faire l'économie de toute une chaîne de diagnostics cliniques plus approximatifs (effectués d'abord par le médecin généraliste ou l'urgentiste puis par le spécialiste, lesquels font appel à leur tour à des cabinets d'analyses médicales). En quasiment une seule étape, un diagnostic complet du malade peut être réalisé et il « suffit » que le médecin sache lire et interpréter les résultats des tests.

Ce type de prestation permet à l'hôpital privé qui en dispose d'imposer des prix plus élevés, et donc d'accéder à une rentabilité supérieure. Dans le cas de l'entreprise publique, en revanche, l'hôpital à l'avant-garde pourra minimiser ses coûts et gagner de l'argent du différentiel entre le remboursement de l'acte et ses propres dépenses associées. Autre avantage non négligeable lié à l'équipement en imagerie, la rétention des patients dans le giron de l'entreprise, de l'entrée à la sortie, sans passer par l'achat d'examen auprès des concurrents.

En Belgique, le rapport d'activité 2018 du Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec), un groupe hospitalier privé qui présente l'un des meilleurs résultats d'exploitation, est parfaitement explicite : *« L'étanchéité, c'est-à-dire le fait de veiller à garder l'activité à l'intérieur du Chirec, reste indispensable si nous souhaitons garantir l'avenir de l'institution. Suite aux nombreux examens médicotecniques encore réalisés en dehors de l'institution, nous avons analysé les pistes qui permettraient d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité à l'imagerie médicale afin d'offrir un service aussi rapide et souple que celui fourni par les petites structures privées. Pour offrir ce service, nous avons étendu, en parfaite collaboration avec les radiologues, les plages horaires dans tous nos services d'imagerie, que ce soit pour des échographies, des scanners ou des résonances magnétiques. À propos de celles-ci, nous nous sommes organisés pour offrir des possibilités de rendez-vous la nuit et durant les week-ends<sup>22</sup>. »*

Comme partout, la concurrence entre hôpitaux s'affirme sur le prix de la prestation à la baisse, que ce soit en réduisant la part variable du capital ou en rendant le travail plus productif de nouvelle valeur. Le capital individuel est ainsi contraint et forcé de s'accroître sans cesse sous peine d'être dépassé par ses concurrents dans la mesure où la sélection entre les divers établissements hospitaliers est faite par la marchandise qu'ils fournissent et, évidemment, par les

---

<sup>20</sup> Voir par exemple :

[rtbf.be/info/societe/detail\\_des-robots-pour-aider-l-anesthésiste-du-futur-a-surveiller-le-patient-en-permanence-pendant-toute-l-operation?id=10424867](http://rtbf.be/info/societe/detail_des-robots-pour-aider-l-anesthésiste-du-futur-a-surveiller-le-patient-en-permanence-pendant-toute-l-operation?id=10424867) ; ou encore : [sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/y\\_a\\_t-il\\_un\\_iade\\_dans\\_la\\_salle\\_la\\_boucle\\_pilote\\_marc\\_fischler\\_suresnes\\_philippine\\_chabanel\\_suresnes\\_.pdf](http://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/y_a_t-il_un_iade_dans_la_salle_la_boucle_pilote_marc_fischler_suresnes_philippine_chabanel_suresnes_.pdf)

<sup>21</sup> Signalons que les laboratoires de radiologie, principalement ceux qui nécessitent un capital initial conséquent, et qui sont efficaces, ne rencontrent aucune difficulté pour se financer auprès des banques et pour amortir leurs prêts.

<sup>22</sup> Source : *Rapport annuel Chirec 2018, vision 2019*.

coûts de production face aux prix de marché fixés par les commanditaires institutionnels. Établissant encore une analogie avec l'industrie automobile, les marques qui marchent le mieux sont celles qui produisent des voitures dans lesquelles le bénéfice final est plus élevé, ce qui correspond aux véhicules des gammes supérieures.

Mais ces dépenses massives en capital constant<sup>23</sup> ont un effet quasi mécanique se traduisant par la baisse en tendance de leur taux de profit. Cette baisse peut être compensée de plusieurs manières. En augmentant la masse des profits (donc en continuant à élargir la surface sur laquelle intervient l'hôpital) ; également en jouant sur une situation de « rente technologique » engendrée par la maîtrise de moyens techniques que les concurrents n'ont pas (ce qui lui permet de fixer des prix à la hausse ou simplement d'empocher temporairement des extra-profits) ; par une centralisation accrue du capital. Celle-ci s'opère par la fusion entre hôpitaux ou par la récupération par un hôpital des services les plus performants d'un autre. Les hôpitaux ou les départements les moins efficaces sont absorbés ou périssent, principalement ceux à faible composition technique et à forte composition en main-d'œuvre, comme les maternités.

*« La centralisation ne fait que suppléer à l'œuvre de l'accumulation en mettant les industriels à même d'étendre l'échelle de leurs opérations. Que ce résultat soit dû à l'accumulation ou à la centralisation, que celle-ci se fasse par le procédé violent de l'annexion – certains capitaux devenant des centres de gravitation si puissants à l'égard d'autres capitaux, qu'ils en détruisent la cohésion individuelle et s'enrichissent de leurs éléments désagrégés – ou que la fusion d'une foule de capitaux soit déjà formée, soit en voie de formation, s'accomplisse par le procédé plus doux des sociétés par actions, etc., – l'effet économique n'en restera pas moins le même. L'échelle étendue des entreprises sera toujours le point de départ d'une organisation plus vaste du travail collectif, d'un développement plus large de ses ressorts matériels, en un mot, de la transformation progressive de procès de production parcellaires et routiniers en procès de production socialement combinés et scientifiquement ordonnés. Mais il est évident que l'accumulation, l'accroissement graduel du capital au moyen de la reproduction en ligne-spirale, n'est qu'un procédé lent comparé à celui de la centralisation qui en premier lieu ne fait que changer le groupement quantitatif des parties intégrantes du capital social. Le monde se passerait encore du système des voies ferrées, par exemple, s'il eût dû attendre le moment où les capitaux individuels se fussent assez arrondis par l'accumulation pour être en état de se charger d'une telle besogne. La centralisation du capital, au moyen des sociétés par actions, y a pourvu, pour ainsi dire, en un tour de main. En grossissant, en accélérant ainsi les effets de l'accumulation, la centralisation étend et précipite les changements dans la composition technique du capital, changements qui augmentent sa partie constante aux dépens de sa partie variable ou occasionnent un décroissement dans la demande relative du travail. Les gros capitaux, improvisés par la centralisation, se reproduisent comme les autres, mais plus vite que les autres, et deviennent ainsi à leur tour de puissants agents de l'accumulation sociale. C'est dans ce sens qu'en parlant du progrès de celle-ci l'on est fondé à sous-entendre les effets produits par la centralisation<sup>24</sup>. »*

Parfois, pour des raisons de rationalité capitaliste, c'est l'État lui-même qui est à la manœuvre pour imposer aux hôpitaux la mise en commun d'équipements techniques coûteux et par l'élaboration de lois les obligeant à travailler ensemble<sup>25</sup>. La problématique est la même au sein des groupes automobiles qui pour survivre sont obligés d'atteindre des volumes de production tels qu'ils sont contraints de grouper des ressources techniques et des sites de production communs entre eux.

---

<sup>23</sup> Élément majeur pour l'accroissement de l'accumulation de capital, les investissements en capital constant permettent à l'hôpital qui les engage d'atteindre une efficacité capitaliste que ses concurrents moins performants ne sont pas capables d'avoiser. Cette nécessité d'investissement en capital constant est la résultante directe de la concurrence que se livrent les hôpitaux entre eux, l'autre déterminant « potentiel » étant la lutte de classe.

<sup>24</sup> Karl Marx, *Le Capital*. Livre I, section VII, chapitre 25 : « Loi générale de l'accumulation capitaliste », 1867. Consulter sur : [marxists.org/francais/marx/works/1867/Capital-I/kmcapI-25-2.htm](http://marxists.org/francais/marx/works/1867/Capital-I/kmcapI-25-2.htm)

<sup>25</sup> Voir plus loin, l'exemple des réformes de la santé en Belgique.

Enfin, du point de vue de la masse de force de travail employée, ici aussi, les comparaisons hôpital/industrie automobile sont pertinentes. La quantité de force de travail employée dans un grand hôpital est similaire à celle d'une usine automobile (plusieurs milliers de personnes). Il s'agit bien de produire en masse dans les deux cas.

#### ***Effectifs industriels : automobile et hôpital***

- Usine Renault à Flins (France) ± 2 000 salariés
- Usine Audi à Forest (Belgique) ± 3 000 salariés
- Usine Mercedes à Rastatt (Allemagne) ± 6 500 salariés
- Technocentre de Guyancourt (France) ± 12 000 salariés
- Hôpital du Chirec (Belgique) ± 4 500 salariés
- Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (France) ± 7 800 salariés
- Hôpital de Prague Motol (Tchéquie) ± 9 000 salariés

#### ***Concurrence, coûts de production et plus-value***

En général, tous les hôpitaux perçoivent de l'État une dotation minimale fonction de leurs spécialités de santé et proportionnée au volume de leurs actes ; dotation qui est normalement suffisante à la survie de l'entreprise. En cas contraire, l'État la ferme le plus souvent, comme dans le cas des petits hôpitaux de province. Dès lors, la capacité de l'hôpital à gagner de l'argent dépend de sa productivité.

La nouvelle valeur extraite de l'activité des travailleurs productifs de la santé se réalise, du fait du mouvement concurrentiel du capital dans ce secteur, par la sélection des capitaux individuels capables, à prix de marché constant des prestations, de comprimer les coûts de production en dessous de ceux reconnus et financés par l'acheteur-actionnaire unique étatique. Autrement dit, la rentabilité d'un hôpital dépend de sa capacité à « faire des économies » sur les prestations par rapport au prix standardisé de chacune d'entre elles décidé par l'État et les différents organismes impliqués (sécurité sociale et mutuelles).

Les prix sont fixés annuellement dans une grille tarifaire négociée entre toutes les parties. Elle repose sur une standardisation du procès de travail idoine à comprimer le coût moyen des actes et des soins (par groupes de pathologies, groupes de séjour, etc.), incluant aussi les médicaments<sup>26</sup>. Pour ces derniers, l'État fixe le prix (ce qui intéresse les entreprises de médicaments) et le taux de remboursement (ce qui intéresse l'utilisateur).

Pour que les échanges de marchandises réalisent la nouvelle valeur produite dans le procès de travail concret de la santé, encore faut-il que les prix des marchandises contiennent les coûts de la reproduction du capital et la plus-value créée par les travailleurs. En fonction du calcul de prix, certaines activités sont plus rentables que d'autres. C'est pourquoi, dans la santé, l'État-patron désinvestit dans certaines spécialités et surinvestit dans d'autres.

Le capital collectif dépense relativement « beaucoup » pour la santé mais pas assez pour les fonctions moins rentables comme les services d'urgences et les établissements sanitaires de premiers soins, particulièrement dans les territoires productifs « secondaires ». Ces derniers ne sont pas rentables car l'État fixe le prix de certains actes trop bas, et par conséquent il n'y a plus

---

<sup>26</sup> Pour la France, voir : [solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/la-fixation-des-prix-et-du-taux-de-remboursement](http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/la-fixation-des-prix-et-du-taux-de-remboursement)

ou peu de concurrence possible dans des marchés trop étriés ou trop régis par l'encadrement administratif et réglementaire.

Le mouvement du capital pousse les hôpitaux qui n'étaient pas des structures concurrentielles (en France, en Belgique et d'autres pays à système de santé géré par l'État, contrairement aux États-Unis ou à la Suisse par exemple) à le devenir<sup>27</sup>. Les entités hospitalières financées par l'État sont de plus en plus en concurrence avec les hôpitaux privés et ceux-ci ont souvent une longueur d'avance sur les segments de marché les plus rentables.

Des coûts de production différents se traduisent par des valeurs des soins différentes entre les établissements hospitaliers. Dans cette différence réside – pour ceux d'entre eux dont la valeur est inférieure à celle financée par les clients et fixée en amont – la capacité d'accumuler du capital. À l'inverse, les établissements hospitaliers qui produisent « de la santé » à des valeurs égales ou supérieures à celles correspondantes reconnues *a priori* par les clients payeurs, s'avèrent improductifs de nouvelle valeur en dépit de l'exploitation des travailleurs qu'ils emploient. De ce simple fait ceux-ci sont exposés à des mesures de restructuration ou de fermeture par leurs actionnaires (l'État ou des capitaux privés, peu importe le rapport de propriété juridique).

Tout le problème, pour le capital, est constitué par une situation de marché biaisé (prix fixés) qui ne permet pas de vendre la marchandise « soins » à un prix de marché qui pourrait réaliser tout ou partie de la plus-value créée. Un séjour à l'hôpital dont le coût sera inférieur au tarif consenti par les organismes payeurs et par le patient deviendra rentable. Le problème survient lorsque le niveau du tarif ne couvre pas le coût de prise en charge. Ainsi, la tendance à faire endosser au patient davantage du prix de ses soins – y compris quand ceux-ci sont affichés « gratuits » par le contrat social en vigueur entre les différentes parties prenantes institutionnelles du système de santé – devient paradoxalement le principal argument de survie des hôpitaux non rentables. L'introduction de tickets forfaitaires, le règlement d'une partie des frais de séjour, la réduction des journées d'hospitalisation, la segmentation poussée des soins qui prend de moins en moins en compte les comorbidités... tous ces éléments vont dans ce sens.

## PRODUCTION ET REPRODUCTION

### *À quoi sert l'hôpital pour le capital ? La valeur d'usage de la marchandise santé*

Si de tout temps l'activité humaine dans le domaine de la santé relève d'abord de la nécessité de la reproduction de la vie, dans les sociétés divisées en classes, et donc dans le mode de production capitaliste, le travail de la santé répond à l'impératif vital de la reproduction de la force de travail.

Il est *a priori* évident que le capital a besoin d'une force de travail capable de continuer à travailler de manière efficace. Pour cela, le travail effectué dans la sphère reproductive est une condition nécessaire à la reproduction du capital. L'exploitation entraîne l'usure et l'épuisement de la force de travail, elle a donc besoin d'être « remise en état » pour continuer à opérer dans les rapports de production. L'hôpital est ainsi un maillon essentiel du cycle de reproduction de la force de travail. Sa « raison sociale » est de réparer et de permettre la remise au travail de la force de travail altérée et diminuée. C'est l'explication première du financement par l'État des soins de santé – en tant que représentant de l'intérêt général du capital collectif.

Notons qu'une partie croissante du travail de reproduction est socialisée au sein du mode de production capitaliste. L'hôpital est une pièce maîtresse du dispositif historiquement déterminé pour assurer au capital la force de travail nécessaire à sa valorisation. Au même titre que l'éducation des enfants et la formation des prolétaires qui sont, en partie, déléguées à l'État.

---

<sup>27</sup> Une spécificité du marché des soins est la forte distorsion du mouvement concurrentiel en raison de l'interférence des clientélismes professionnels, territoriaux, politiques, syndicaux, etc.

Pour autant, la clé de voûte de cette reproduction reste – encore aujourd’hui et tant que le capital domine – la famille qui est ancrée sur le rapport privé de domination de l’homme sur la femme, où cette dernière endosse l’essentiel des tâches en dehors de tout rapport social fondé sur le salaire (éducation des enfants, travail domestique, objet sexuel et affectif de l’homme).

Avec l’allongement de l’espérance de vie, l’hôpital prend également en charge de plus en plus de patients âgés. D’une part, les réformes actuelles du marché du travail concernant l’allongement des carrières, ajustement nécessaire pour que le capital puisse utiliser cette manne de force de travail disponible, induisent aussi une augmentation des coûts de reproduction de ce segment de la force de travail comparativement aux plus jeunes. Raison de plus pour et opportunité supplémentaire pour que le travail productif de la santé soit à même de générer du profit pour les capitaux individuels. D’autre part, les prolétaires âgés et retraités, autrement dit sortis de la force de travail active employée par le capital, sont également pris en charge par l’hôpital et ceci sans contredire sa raison sociale du point de vue de son utilité pour le capital. En effet, la prise en charge des personnes âgées maintient la disponibilité au travail des actifs qui sans cela devraient s’occuper de leurs aînés, charge assumée en pratique par les femmes hors du salariat. Cet aspect du travail reproductif était plus que visible lors du confinement mis en place pour freiner la circulation de la Covid-19 concernant la gestion quotidienne des enfants : sans école, pas de force de travail flexible.

### ***Les rôles de l’hôpital***

Dès le Moyen Âge, l’Église organise les maisons-Dieu (appelées plus tard hôtels-Dieu) ; ce sont des asiles-mouroirs où sont internés pauvres et malades. À partir de 1656, à Paris, l’Hôpital général prend le relais du contrôle social ; les brigades des archers de l’hôpital agissent comme une milice chargée de capturer et d’enfermer mendiants et vagabonds. Avec et après 1789, l’influence de l’Église décroît et le rôle sanitaire de l’hôpital se développe en plus de sa fonction d’assistance. Après un temps d’exercice complètement libre de la médecine, seuls les docteurs en médecine seront autorisés à exercer (monopole de la profession liée à la formation). Au XIX<sup>e</sup> siècle, la naissance de la clinique est concomitante de l’émergence de la médecine moderne. L’hôpital devient le centre de la production de connaissances et de la reproduction du corps médical. Les cliniciens passent un concours après l’internat pour exercer à l’hôpital et, aussi, en cabinet privé. La découverte des micro-organismes change profondément la compréhension de la causalité infectieuse (contagion/immunisation) et des réponses à y apporter (vaccination, aseptie). À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l’innovation se déplace dans les laboratoires (notamment en Allemagne et aux États-Unis). Au XX<sup>e</sup> siècle, après la seconde guerre mondiale, l’hôpital devient se trouve au cœur du système sanitaire. Il combine clinique, enseignement et recherche, et garde encore une mission d’assistance. Enfin, la création de la sécurité sociale organise un mécanisme d’investissement d’État dans l’équipement hospitalier.

Pour en revenir à la force de travail, celle-ci est au cœur du procès concret de travail sous la domination et au bénéfice du capital.

- En premier lieu, elle a une valeur d'usage particulière et unique pour la valorisation du capital. Dans tout procès capitaliste de production, la création de nouvelle valeur additionnelle est la propriété exclusive de la force de travail, contrairement aux machines qui ne font que transmettre tout ou partie (selon que leur valeur est absorbée en une fois ou en partie tout au long du procès de production) de leur propre valeur à celle des marchandises qu'elles contribuent à produire sous la direction humaine.
- Ensuite, la force de travail n'est pas en soi une marchandise, elle est une prérogative de l'individu et elle existe indépendamment de l'organisation en classes des sociétés. Seule la « location » de la force de travail, son utilisation lors du procès de travail par le capitaliste, en fait une marchandise.

*« L'usage de la force de travail, le travail, ne peut se réaliser que dans le procès de travail. Le capitaliste ne peut pas revendre l'ouvrier comme marchandise, puisque celui-ci n'est pas son esclave et qu'il n'a acheté que l'usage de la force de travail pendant un certain temps<sup>28</sup>. »*

- La valeur de la force de travail ainsi « prêtée » s'exprime par l'intermédiaire du salaire qui représente, sous forme de prix, l'équivalent du temps de travail socialement nécessaire à la production des marchandises qui concourent au maintien et à l'entretien de la force de travail. Un prix qui par ailleurs est le plus souvent inférieur à cette valeur en raison de l'existence d'une armée de réserve permanente qui tend à le comprimer en dessous de sa valeur.
- En outre, ce qui fait aussi que la force de travail n'est jamais payée à sa valeur c'est que le capitaliste ne monétise jamais le *general intellect* des prolétaires – leur capacité à collaborer dans le procès concret de travail – en prétendant que la coopération productive est le fruit exclusif du rapport social du capital.

*« Le prix moyen du travail salarié, c'est le minimum du salaire, c'est-à-dire la somme des moyens de subsistance nécessaires pour maintenir en vie l'ouvrier en tant qu'ouvrier. Par conséquent, ce que l'ouvrier s'approprie par son labeur est tout juste suffisant pour reproduire sa vie ramenée à sa plus simple expression. Nous ne voulons en aucune façon abolir cette appropriation personnelle des produits du travail, indispensable à la reproduction de la vie du lendemain, cette appropriation ne laissant aucun profit net qui confère un pouvoir sur le travail d'autrui. Ce que nous voulons, c'est supprimer ce triste mode d'appropriation qui fait que l'ouvrier ne vit que pour accroître le capital, et ne vit qu'autant que l'exigent les intérêts de la classe dominante. Dans la société bourgeoise, le travail vivant n'est qu'un moyen d'accroître le travail accumulé. Dans la société communiste, le travail accumulé n'est qu'un moyen d'élargir, d'enrichir et d'embellir l'existence des travailleurs<sup>29</sup>. »*

- Enfin, les capitalistes tentent, chaque fois que c'est possible, de diminuer davantage le salaire au-dessous de la valeur de la force de travail et de baisser le prix des éléments constitutifs du capital constant. Ce qui, dans le cas des hôpitaux, consiste à faire baisser le prix des soins de santé et *in fine* le prix de la force de travail.

*« Or, quels sont les frais de production de la force de travail elle-même ? Ce sont les frais qui sont nécessaires pour conserver l'ouvrier en tant qu'ouvrier et pour en faire un ouvrier. Aussi, moins un travail exige de temps de formation professionnelle, moins les frais de production de l'ouvrier sont grands et plus le prix de son travail, son salaire, est bas. Dans les branches d'industrie où l'on n'exige presque pas d'apprentissage et où la simple existence matérielle de l'ouvrier suffit, les frais de production qui sont nécessaires à ce dernier se bornent presque uniquement*

---

<sup>28</sup> Karl Marx, *Le Capital*. Livre II, Chapitre 1, II. « Deuxième stade : le fonctionnement du capital productif », 1885.

Une version numérisée du livre II du *Capital* est consultable en ligne :

[classiques.uqac.ca/classiques/Marx\\_karl/capital/capital\\_livre\\_2/capital\\_livre\\_2\\_fichiers.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/Marx_karl/capital/capital_livre_2/capital_livre_2_fichiers.html)

<sup>29</sup> Karl Marx et Friedrich Engels, *Manifeste du parti communiste*. Chapitre 2 : « Prolétaires et communistes », 1848.

Consulter : [marxists.org/francais/marx/works/1847/00/kmfe18470000b.htm](http://marxists.org/francais/marx/works/1847/00/kmfe18470000b.htm)

*aux marchandises indispensables à l'entretien de sa vie, de manière à lui conserver sa capacité de travail. C'est pourquoi le prix de son travail sera déterminé par le prix des moyens de subsistance nécessaires<sup>30</sup>. »*

### **Une activité productive dans la sphère de la reproduction de la force de travail**

Capitalisme oblige, les hôpitaux doivent être rentables pour pérenniser leur activité, ce qui revient à dire qu'ils doivent générer des profits. En poursuivant la comparaison avec une usine automobile, pour laquelle le caractère d'activité productive tombe sous le sens, tout comme l'activité commerciale (concessionnaires pour la vente des véhicules produits) et l'activité financière (prêts octroyés pour l'achat des véhicules), que constate-t-on pour l'hôpital ?

Schématiquement, à l'hôpital, la réalisation des actes médicaux relève du capital productif et du capital commercial. Les soins sont réalisés et vendus au même endroit. L'hôpital a aussi une activité plus strictement commerciale concernant par exemple la pharmacie, partie importante de son chiffre d'affaires. L'hôpital agit alors comme un concessionnaire en rapprochant la marchandise du client. Par contre, à ce jour, l'hôpital n'assume pas le rôle d'une banque ou d'un assureur.

La sphère productive du capital désigne les secteurs d'activité créateurs de nouvelle valeur qui encapsule la plus-value. Concernant l'hôpital en tant que capital individuel, hormis le fait que la marchandise particulière à l'hôpital soit le soin de l'être humain – un corps vivant qui représente pour l'hôpital la valeur d'usage sur laquelle s'exerce son activité –, le procès productif est identique à l'exemple choisi de l'industrie automobile.

Dans les deux cas, des valeurs d'usage entrent dans le procès concret de travail qui les transforme en des marchandises nouvelles dans lesquelles non seulement est conservée la valeur mise en œuvre (la partie du capital constant utilisée pour la fabrication des marchandises et la partie variable du capital), mais s'incorpore aussi une nouvelle valeur additionnelle (la plus-value).

Il s'agit bien du cas de figure envisagé par Marx qui, lorsqu'il parle de la marchandise moderne (c'est-à-dire la forme marchandise qui correspond au capitalisme développé), affirme qu'outre ses attributs de valeur d'usage et de valeur d'échange, elle doit encore, pour contenir de la plus-value extraite du travail salarié, être le résultat d'une transformation matérielle dans le procès de travail concret. Ce qui est bien le cas du patient lors de son séjour à l'hôpital. L'exemple de l'acte chirurgical est limpide. Celui des soins psychologiques, notamment mais pas uniquement dans les unités de psychiatrie, l'est tout autant.

*« En étudiant le procès de travail sous son aspect le plus simple, commun à toutes ses formes historiques, comme acte qui se passe entre l'homme et la nature, nous avons vu, que "si l'on considère l'ensemble de ce mouvement au point de vue de son résultat, du produit, moyen et objet de travail se présentent tous les deux comme moyens de production, et le travail lui-même comme travail productif". L'homme crée un produit en appropriant un objet externe à ses besoins, et dans cette opération le travail manuel et le travail intellectuel sont unis par des liens indissolubles, de même que dans le système de la nature le bras et la tête ne vont pas l'un sans l'autre. À partir du moment, cependant, où le produit individuel est transformé en produit social, en produit d'un travailleur collectif dont les différents membres participent au maniement de la matière à des degrés très divers, de près ou de loin, ou même pas du tout, les déterminations de travail productif, de travailleur productif, s'élargissent nécessairement. Pour être productif, il n'est plus nécessaire de mettre soi-même la main à l'œuvre ; il suffit d'être un organe du travailleur collectif ou d'en remplir une fonction quelconque. La détermination primitive du travail productif, née de la nature même de la production matérielle, reste toujours vraie par rapport au travailleur collectif, considéré comme une seule personne, mais elle ne s'applique plus à chacun de ses membres pris à part. Mais ce n'est pas cela qui caractérise d'une manière spéciale le travail productif dans le système capitaliste. Là le but déterminant de la production, c'est la plus-value. Donc, n'est censé productif que le travailleur qui rend une plus-value au capitaliste*

---

<sup>30</sup> Karl Marx, *Travail salarié et capital*, 1847. Consulter : [marxists.org/francais/marx/works/1847/12/km18471230-2.htm](http://marxists.org/francais/marx/works/1847/12/km18471230-2.htm)

*ou dont le travail féconde le capital. Un maître d'école, par exemple, est un travailleur productif, non parce qu'il forme l'esprit de ses élèves, mais parce qu'il rapporte des pièces de cent sous à son patron. Que celui-ci ait placé son capital dans une fabrique de leçons au lieu de le placer dans une fabrique de saucissons, c'est son affaire. Désormais la notion de travail productif ne renferme plus simplement un rapport entre activité et effet utile, entre producteur et produit, mais encore, et surtout, un rapport social qui fait du travail l'instrument immédiat de la mise en valeur du capital<sup>31</sup>. »*

En analysant l'hôpital en tant que capital individuel, la matière première sur laquelle s'applique toute l'ingénierie médicale lors de son cycle industriel, est le corps de l'être humain – en sa qualité de force de travail potentielle nécessitant des soins. Le procès technique de travail de l'hôpital va faire en sorte de remettre en état de fonctionner les patients qui se confient à lui. Pour ce faire, il est nécessaire de « modifier » cette matière première afin de la rendre à nouveau opérationnelle. Le patient, s'il est soigné, sort transformé comme une voiture dont on changerait des parties ou dont on réglerait le moteur.

En soi, le patient n'est pas une matière première, il le devient en revanche quand il est l'objet d'un échange organique en vue de la production de nouvelle valeur. Le patient est alors la base sur laquelle le capital productif individuel de santé s'applique pour le transformer (la guérison) et ainsi extraire la plus-value des travailleurs productifs de la santé. Autrement dit, l'être humain est la valeur d'usage qui entre dans le procès de travail de l'hôpital et sur laquelle repose et se fonde le procès de valorisation de l'hôpital.

### ***L'hôpital et l'État. La santé publique comme dépense improductive***

Dans tous les pays capitalistes avancés à système de santé géré par l'État, celui-ci est l'acteur incontournable et le grand ordonnateur de cette fonction reproductive du capital. L'État est à la fois le propriétaire juridique des hôpitaux publics (une sorte de *holding*), le donneur d'ordre des hôpitaux, le client hégémonique qui fixe en amont les prix de marché des soins (pas de détermination possible sur le marché de la valeur de marché ou, à plus forte raison, du prix de production), qui finance en partie les infrastructures et le capital constant, qui rémunère les salariés du secteur public de santé et qui est le garant du contrat social autour de la santé avec et au travers de ses organes intermédiaires (syndicats, mutuelles).

Cette situation génère naturellement des conflits internes à l'État entre toutes ces qualités et fonctions. Assurer le bon état de marche des structures de santé en comprimant les dépenses improductives est la contradiction principale à laquelle il est confronté. Une contradiction mouvante qui n'est pas uniquement résolue par des choix purement budgétaires, comme les investissements accordés à la suite de la crise sanitaire le montrent.

En contribuant au financement des soins de santé et en détenant le système de santé public, l'État intervient en sa pleine qualité de représentant du capital collectif (la classe capitaliste). Du point de vue de la santé publique, l'État achète des soins à l'hôpital (ici comme entreprise capitaliste individuelle de santé à capitaux publics ou privés). Ce rapport client-fournisseur est relativement indépendant du malade dont la contribution<sup>32</sup> ne couvre qu'une partie limitée voire minimale, quoique généralement croissante en raison de la crise fiscale des États et de l'évolution du modèle de financement de la santé, des coûts de production des soins.

---

<sup>31</sup> Karl Marx, *Le Capital*. Livre I, chapitre 16 : « Plus-value absolue et plus-value relative », 1867. Consulter : [marxists.org/francais/marx/works/1867/Capital-I/kmcapI-16.htm](http://marxists.org/francais/marx/works/1867/Capital-I/kmcapI-16.htm)

<sup>32</sup> Le « ticket modérateur » est appelé ainsi en référence à son rôle de « modération » de la consommation de soins de santé par les patients, permettant ainsi de limiter les dépenses publiques.

### ***Bismarck et Beveridge***

Le modèle bismarckien d'assurance sociale, qui est en vigueur en Belgique et en France notamment, repose sur la cogestion employeurs-représentants des salariés (les « partenaires sociaux ») et son financement est assuré par des cotisations. Celles-ci ouvrent des droits qui ne sont pas proportionnels aux risques – comme dans la logique assurantielle pure – mais basés sur les salaires (socialisation du risque). Les motivations qui sont à l'origine de l'assurance sociale, à partir des années 1880, en Allemagne, étaient de juguler le mouvement ouvrier<sup>33</sup> en l'intégrant à la gestion des rapports sociaux tout en améliorant les conditions de vie du prolétariat.

L'autre modèle, dit beveridgien, repose sur une logique d'assistance organisée par l'État et financée par l'impôt. La protection est universelle et couvre tous les risques. Ce modèle est basé sur le rapport Beveridge, publié en novembre 1942, à la demande du gouvernement britannique, en vue de refonder le système d'assurance maladie<sup>34</sup> et de mettre en place le « *Welfare State* »<sup>35</sup>. Conséquemment, le NHS (« *National Health Service* ») fut mis en place en juillet 1948.

En pratique, l'assurance maladie obligatoire prévoit le remboursement (partiel) des consultations, examens, traitements, médicaments et frais d'hospitalisation. Aussi, les travailleurs salariés malades ou invalides ont « droit », selon des conditions spécifiques, à un salaire garanti. Problème pour l'État : le budget qu'il consacre aux soins de santé ne génère aucun retour sur investissement et relève strictement des dépenses improductives.

Or, l'évolution des besoins de santé, liée principalement mais pas uniquement à l'allongement de l'espérance de vie (qui se fait au prix de comorbidités et de maladies chroniques), et le coût grandissant du capital fixe et des biens intermédiaires nécessaires à l'exercice des soins – couplé à l'extension des examens sur une large échelle pour prévenir des dépenses de santé plus élevées en cas contraire – pousse à la hausse les dépenses des soins de santé.

En même temps, la structure de financement de la sécurité sociale<sup>36</sup> repose sur le travail (prélèvement des cotisations travailleurs et employeurs), et cette source se contracte avec des entrées plus tardives sur le marché du travail, des carrières plus « atypiques » (lire : jalonnées de boulots précaires) et un poids démographique grandissant des retraités.

La crise de 2008 a, par-dessus le marché, réduit drastiquement la capacité d'endettement budgétaire des États, désormais en situation de crise fiscale durable. Cela implique entre autres la poursuite et l'approfondissement de la restructuration du financement et la rationalisation de l'organisation des hôpitaux, déjà bien entamée longtemps avant la crise. Les hôpitaux sont poussés à financer leur propre équipement, sachant que la main-d'œuvre reste à ce jour payée par l'État. Ces coupes dans les dépenses augmentent aussi la part que consacre le patient non plus en cotisations sociales, mais en primes d'assurance et en cotisations aux mutuelles complémentaires.

Le paiement par l'État de la main-d'œuvre des hôpitaux est une difficulté importante dans son entreprise de restructuration des soins de santé. L'État est en effet tributaire de l'encadrement particulier de la section du marché du travail occupée par la santé publique (le statut de fonctionnaire en France). Sachant que l'une des conditions d'un bon fonctionnement

---

<sup>33</sup> Et faire face également à la destruction – dans un contexte de révolution industrielle – des « protections » assurées précédemment par la famille et la communauté (notamment religieuse).

<sup>34</sup> Source : [lemonde.fr/financement-de-la-sante/article/2014/09/04/la-securite-sociale-entre-deux-philosophies\\_4482297\\_1655421.html](http://lemonde.fr/financement-de-la-sante/article/2014/09/04/la-securite-sociale-entre-deux-philosophies_4482297_1655421.html)

<sup>35</sup> Source : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/rapport-beveridge/>

<sup>36</sup> Les « partenaires sociaux » siègent au conseil d'administration de la sécurité sociale. En France, huit représentants de l'État sont nommés par décret sur proposition des autorités gouvernementales intéressées ; un au titre des services du Premier ministre ; deux pour le ministre chargé de l'emploi ; un représentant pour les ministères chargés des finances, de la santé, de la fonction publique, de l'agriculture, du commerce, de l'industrie et de l'artisanat ; huit représentants des travailleurs ; huit représentants des employeurs.

du mouvement concurrentiel du capital est la possibilité de mettre en compétition les prolétaires au moment de l'embauche et que cette condition n'est pas remplie dans l'hôpital public car les personnels ont tous un salaire égal à qualification égale, la concurrence entre travailleurs de la santé publique ne peut s'infiltrer en l'état dans ce secteur qu'en faisant appel à une main-d'œuvre contractuelle, dépourvue du statut des fonctionnaires ou assimilés et, concernant le personnel médical, aux fameux internes. Les internes étant, comme nous le verrons plus loin dans l'analyse des réformes du secteur de la santé en France, les laissés-pour-compte de l'hôpital et un pivot essentiel (force de travail à bas prix) sur lequel s'appuie le plan de restructuration de l'État.

## **DES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR LES TRAVAILLEURS COMBATIFS**

Ce texte est consacré aux changements structurels importants à l'œuvre depuis déjà plusieurs années dans le secteur de la santé – dans les hôpitaux plus précisément – principalement au sein de quelques pays capitalistes avancés, la Belgique, la France et la Tchéquie.

À partir de quelques questions de base – concernant la fonction de l'hôpital dans une société capitaliste, les rapports entre l'hôpital et l'État, et le procès d'accumulation du capital dans les hôpitaux – nous avons tenté d'expliquer que les transformations de l'hôpital mises en œuvre par les États sont des tendances dominantes et qu'elles aspirent toutes à faire converger le modèle économique de l'hôpital vers un modèle industriel moderne. Ces changements sont en parfaite continuité avec le besoin constant du capital d'investir tous les pans de l'activité économique, quels qu'ils soient, pour tenter de les « marchandiser »<sup>37</sup> au maximum, afin de permettre à la valeur de continuer à se valoriser. Avec toutes les conséquences que cela entraîne pour les travailleurs de la santé.

Ce n'est qu'au travers de cette réalité concrète – l'hôpital en tant qu'industrie – que se dévoilent les conditions de l'exploitation de la force de travail des travailleurs de la santé : similaires à celles de tous les travailleurs de toute entreprise capitaliste. Par-là, il faut comprendre qu'en dépit de la différence manifeste de la matière première traitée dans les hôpitaux (le corps de l'être humain) et de toutes les mystifications « compréhensibles » qui l'accompagnent, la place de l'hôpital dans le processus productif inscrit de fait les travailleurs de ce secteur dans une situation similaire à celle des autres travailleurs d'entreprises capitalistes et leur indique comment lutter contre leur exploitation.

Par exemple, partout, la profession d'infirmière subit les mêmes avatars : modification des compétences, augmentation des rythmes de travail, détérioration des conditions de travail, etc., auxquels s'ajoute une pénurie de personnel. En Tchéquie par exemple, nombre d'infirmières partent travailler en Allemagne pour de meilleurs salaires, et leur départ n'est pas compensé par l'arrivée d'infirmières slovaques, polonaises voire russes.

La réflexion que les travailleurs de la santé doivent désormais mener est que leur combat n'est pas de préserver l'hôpital public, le service aux patients, etc., mais que leur combat est un combat de classe qui doit être mené contre les conditions de leur exploitation. Ce n'est qu'en portant le combat à ce niveau – lutte pour des augmentations de salaires, pour de meilleures conditions de travail, etc. – qu'ils réussiront à instaurer un rapport de force à leur avantage face à leur véritable ennemi. Ennemi qui ne vient pas de l'extérieur de l'hôpital, mais qui est depuis toujours constitué par l'État et les directions hospitalières.

L'objectif des réformes en cours est de donner aux gestionnaires des capitaux individuels du secteur hospitalier des outils de gestion de la production qui sont utilisés dans d'autres entreprises. Que l'hôpital soit privé ou public ne change rien pour la lutte des travailleurs. L'idéologie du « service public », toujours à vocation marchande dans le capitalisme, n'a pour but

---

<sup>37</sup> Dans le capitalisme tout devient, à un moment ou à un autre, une marchandise présentant une valeur d'usage et une valeur d'échange et contenant une plus-value extraite du travail salarié à travers le procès productif.

que de faire coïncider État et intérêt général. Que ce soit l'État ou des capitaux privés (dans les faits, ils sont souvent bien imbriqués) qui gèrent les hôpitaux, cela ne doit pas concerner les travailleurs. Ce qui doit les concerner, ce sont les conditions de travail et de salaire. Et pour les défendre, le premier pas est de se battre collectivement contre les divisions créées en leur sein par l'organisation du travail.

Il faut pour cela abandonner toute demande de reconnaissance de l'utilité de l'activité soignante « *qui sauve des vies humaines* » (on ne revendique pas ses conditions d'exploitation, on les combat). Le fétichisme du procès concret de travail existe bel et bien et est d'autant plus marqué dans les professions dont la matière première est l'être humain. Dans un monde capitaliste, une telle revendication de reconnaissance sociale ne peut conduire qu'à davantage d'exploitation, car c'est un monde construit pour extraire le maximum de valeur de chaque travailleur et pas pour que les relations humaines s'épanouissent. C'est là une difficulté majeure à laquelle sont confrontés les travailleurs de la santé. Mais cette difficulté n'est pas insurmontable.

Ce combat passera nécessairement par la compréhension que l'activité du secteur de la santé est une activité marchande (production de la marchandise « santé ») sur laquelle le capital individuel de l'hôpital s'appuie pour engranger des profits, et que les réformes et transformations en cours ne « tuent » pas l'hôpital, mais, au contraire, développent un hôpital plus performant, plus productif pour le capital.

La vieille revendication ouvrière de la gratuité des soins est plus que jamais un objectif essentiel des luttes actuelles. C'est clairement un objectif de lutte salariale. De la même manière que l'augmentation du prix de la force de travail de ceux qui travaillent à l'hôpital est une lutte contre l'exploitation. Les travailleurs – qu'ils soient infirmières, médecins ou ouvriers – qui font grève pour avoir des moyens de travailler dans des conditions sanitaires sécurisées mènent une lutte pour le salaire. Ce doit être le cœur des luttes à venir dans le secteur de la santé. Et plus généralement, l'ensemble des travailleurs, qu'ils soient employés dans le secteur de la santé ou tout autre, doivent intégrer et défendre cette idée que l'accès à la santé n'est ni plus ni moins que du salaire indirect.

Du côté du patient, l'achat de la marchandise « santé » correspond à une dépense de revenu, le plus souvent du salaire. La prise en charge du soin par la sécurité sociale correspond à du salaire indirect, dont le montant global est défini par le contrat social spécifique à chacun des pays. Contrat social qui est lui-même la conséquence, la médiation historiquement variable, entre besoins de reproduction du capital et lutte des classes.

C'est précisément la raison pour laquelle les prolétaires doivent traiter la santé comme du salaire indirect en forçant, pour ainsi dire, la relation entre le capital collectif (principal client de la santé publique) et le capital individuel (l'hôpital, fournisseur de la marchandise « santé ») sans se soucier de l'accumulation du capital dans ce secteur. La lutte pour la santé est d'abord une lutte pour le salaire contre l'accumulation de capital.

Enfin, il faut comprendre que les augmentations salariales et les aménagements des conditions de travail gagnés durement à l'issue de la crise de la Covid-19, bien qu'assurément non négligeables, seront à terme remises en cause par le capital, et ne pourront être préservées qu'au prix du maintien d'une pression maximale ininterrompue face à l'État et aux patrons des hôpitaux. Le processus de marchandisation engagé ne s'arrêtera qu'avec la défaite du système capitaliste.

Le but de ce texte *in fine* est d'amener les travailleurs de la santé à cette conviction que pour lutter, il faut regarder les rapports d'exploitation auxquels ils et elles sont confrontés et que c'est le seul moyen dont ils disposent pour ne pas vainement s'épuiser dans des luttes qui ne sont pas les leurs.

## APPENDICES : SITUATIONS NATIONALES ET RÉFORMES DE LA SANTÉ

En Belgique et en France, des réformes sont en cours, qui visent à rendre les hôpitaux plus profitables en rationalisant le travail à travers la centralisation et l'optimisation de la production des soins de santé. L'établissement de protocoles axés sur la définition d'un profil de patient, d'actes médicaux et du temps nécessaire qu'il faut consentir au traitement du patient en sont des éléments clé. Les coûts de production ainsi fixés, et en tendance réduits, les hôpitaux sont poussés à entrer en concurrence entre eux. À terme, cela aboutira à la création de centres ou d'unités de soins spécialisés appliquant le taylorisme pour effectuer des tâches complexes. Gain de temps et donc gain d'argent pour l'hôpital.

### ***Belgique : la réforme De Block***

Après la seconde guerre mondiale, l'État belge opte pour le modèle de protection sociale bismarckien, même si le résultat actuel est plutôt hybride, comme dans beaucoup d'autres États. Après le choc pétrolier de 1973 et les débuts de la politique de « modération salariale », la Belgique compte de plus en plus d'inactifs qui ne s'ouvrent pas de droits dérivés du travail. Cela conduit l'État à universaliser plusieurs pans de la couverture sociale. Étape marquante des années 1990 : l'ouverture quasi systématique des soins de santé à toute personne qui a un statut social d'indépendant ; suivie de l'extension, en 2008, de la couverture des « petits risques ». Concernant les personnes sans statut de séjour reconnu par l'État, l'accès aux soins est en principe garanti par le mécanisme de l'aide médicale urgente *via* les centres publics d'action sociale.

Pour mettre les dépenses au pas, en 2007-2008, le gouvernement Verhofstadt III entame la première taille dans la « norme de croissance des soins de santé », la faisant passer de 4,5 % à 2 % du PIB. Avec le gouvernement Di Rupo, la norme repasse à 3 % et, durant le gouvernement Michel, elle retombe à 1,5 %. Et ce alors que le Bureau fédéral du Plan estime que le budget de la santé devrait progresser vers 2,5 % au regard de l'évolution des besoins (hors indexation).

Comme l'écrivait la Mutualité chrétienne en 2013 : « *Les évolutions marquantes de ces dernières années sont les fusions qui ont conduit à un accroissement d'échelle, la réorientation du financement des hôpitaux, la structuration de l'activité hospitalière par le biais de programmes de soins, la réduction de la durée de séjour à l'hôpital des patients*<sup>38</sup>. »

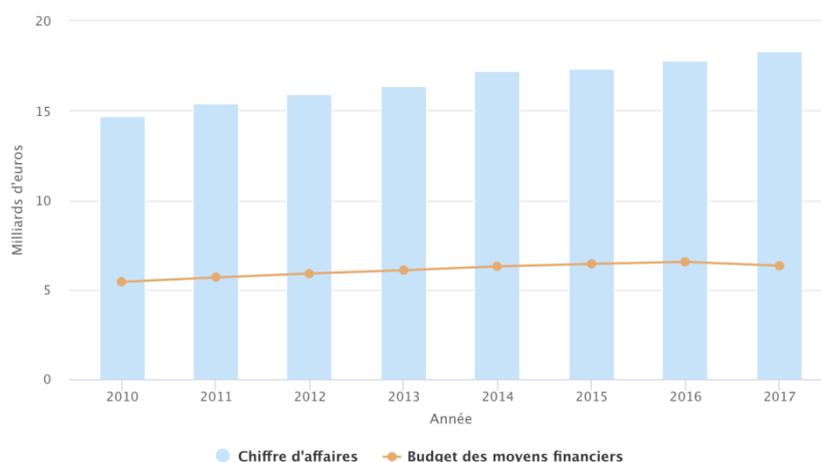
Le budget des moyens financiers (BMF) est une enveloppe de l'État fédéral<sup>39</sup> fixée annuellement, et répartie entre tous les hôpitaux. Il passe à 98 % dans des coûts de fonctionnement général de l'hôpital : soins infirmiers, fonction hôtelière, investissements en appareillage médical, officine hospitalière. Ce qui ne couvre pas 100 % des coûts pour chaque hôpital.

Le BMF progresse très faiblement depuis 2013 et a tendance à se tasser depuis 2016 ; de plus il compte, proportionnellement, de moins en moins dans le chiffre d'affaires des hôpitaux généraux (lequel est, lui, en nette croissance : 18,2 milliards d'euros en 2017, contre 14,7 milliards en 2010).

---

<sup>38</sup> Source : [mc.be/media/mc-informations\\_253\\_fiche-info-hopitaux\\_tcm49-28968.pdf](http://mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf)

<sup>39</sup> Les investissements (infrastructure, matériel) relèvent des communautés et régions depuis la sixième réforme de l'État. Les hôpitaux complètent ces subventions avec leurs moyens propres et des emprunts contractés sur les marchés financiers.



### *Évolution du chiffre d'affaires et BMF en Belgique, 2010-2017<sup>40</sup>*

Dès lors, les entrées assurées par les honoraires jouent de plus en plus dans la viabilité budgétaire des hôpitaux. En 2017, les honoraires entraînent à hauteur de 40 % dans la composition du chiffre d'affaires total, le BMF à 36,7 % et les produits pharmaceutiques à 18,1 %.

Le nombre d'admissions va d'ailleurs en croissant. De 2008 à 2017, les séjours/contacts pour 100 000 habitants ont augmenté de 13,9 %. En particulier, les hospitalisations de jour (+ 9 %) et les contacts ambulatoires avec les services des urgences (+ 15,5 %). À partir 2013, les hospitalisations de jour ont dépassé les hospitalisations classiques. Sur la même période, la durée moyenne de séjour a diminué d'un jour dans les services aigus (chirurgie, médecine interne, pédiatrie et soins non intensifs pour nouveau-nés) et de maternité<sup>41</sup>.

Les honoraires médicaux sont facturés à la sécurité sociale et au patient (un apport de 22 % du coût total) mais ne sont, au final, encaissés par les médecins (indépendants) qu'à concurrence de deux tiers en moyenne (selon les hôpitaux, les spécialités, les contrats), le tiers restant étant rétrocédé à l'hôpital.

Le chiffre d'affaires et la trésorerie sont ainsi fortement conditionnés aux prestations. Hors investissement en capital constant dans des technologies de pointe (imagerie, neurochirurgie...) de nature à accroître la productivité du travail et la rentabilité du capital, le rôle des médecins est crucial pour les hôpitaux. Plus un établissement disposera de médecins, proportionnellement à ses capacités de base (nombre de lits, nombre d'admissions, personnel soignant paramédical<sup>42</sup>), plus il sera à même de générer des entrées.

L'étude Maha indique qu'en 2018, le résultat courant des hôpitaux généraux est proche de zéro voire négatif et correspond à 0,2 % du chiffre d'affaires (31,8 millions d'euros). Un hôpital sur trois est déficitaire en fin d'année (ce qui veut incidemment dire que deux tiers des hôpitaux gagnent de l'argent) et 18 % des institutions affichent une trésorerie insuffisante. Classiquement,

<sup>40</sup> Source : [belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/financement-des-hopitaux-generaux/sources-de-financement](http://belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/financement-des-hopitaux-generaux/sources-de-financement)

<sup>41</sup> Source : [belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite-de-soins-au-sein-des-hopitaux-generaux](http://belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite-de-soins-au-sein-des-hopitaux-generaux)

<sup>42</sup> Pour l'année 2017, l'étude Maha signale 95 000 équivalents temps-plein dans les hôpitaux généraux. Le personnel soignant paramédical (infirmiers et aides-soignants) représente un peu plus de la moitié (51,1 %) pour environ 3 millions d'épisodes de soins annuels en 2018-2019. Les médecins représentent seulement 5 % des salariés, car bon nombre d'entre eux prestent sous statut d'indépendant.

Source : [belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation-du-paysage-hospitalier/evolution-de-l-emploi-dans-le-secteur-des-hopitaux-generaux](http://belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation-du-paysage-hospitalier/evolution-de-l-emploi-dans-le-secteur-des-hopitaux-generaux)

les grands hôpitaux s'en sortent mieux, principalement ceux qui consacrent les investissements nécessaires en technologies et en infrastructures.

Cette situation budgétaire fragile, voire déficitaire, de nombreux hôpitaux n'est pas nouvelle. Elle va de pair avec des mesures d'économie en matière de dépenses improductives de l'État mais aussi avec une hausse des besoins de santé en raison, d'une part, des évolutions démographiques (nouvelles pathologies et nouveaux besoins liés au vieillissement et aux maladies chroniques) et, d'autre part, des innovations en matière de technologies médicales et d'interventions thérapeutiques.

Face à cette situation, en 2015, la ministre fédérale de la Santé publique a présenté un plan de réformes. Son but était de rendre les soins de santé plus efficaces, c'est-à-dire capables de « créer plus de valeur avec les budgets disponibles<sup>43</sup> », ouvrant la voie au « value based care » ou « pay for performance ». Pour cela, trois grands piliers :

- La centralisation de l'offre de soins en forçant la réorganisation du paysage hospitalier sous la forme de réseaux définissant la place et le rôle de chacun (hôpitaux de base, de référence et universitaires ; services partenaires). Les technologies coûteuses, par exemple, seraient attribuées à un réseau plutôt qu'à plusieurs hôpitaux.
- Le redimensionnement capacitaire de l'offre de soins : diminution du nombre de lits aigus et réaffectation en lits chroniques ; diminution de la durée des hospitalisations.
- La fixation des prix des soins sous une forme forfaitaire plutôt qu'un financement à l'acte. Ce dernier entraîne un accroissement du volume de soins (notamment pour certaines chirurgies) afin d'augmenter le volume des rétrocessions d'honoraires. En 2019, pour 57 procédures à basse variabilité (soins peu complexes et variant peu d'un patient à l'autre), des montants globaux en fonction des pathologies et des traitements ont été arrêtés, indépendamment du processus de soin réel pour le patient pris individuellement. Tous les hôpitaux y ont perdu de l'argent et ont dû adapter leur structure de coûts.

Devançant la ministre, en gestionnaire « avertie » de la dépense publique, la Mutualité chrétienne écrivait en 2013 : « Différents facteurs invitent les hôpitaux à davantage collaborer. La technologie médicale, toujours plus performante, devient aussi plus coûteuse, alors que le budget est limité. Par ailleurs, les autorités fixent des normes minimales de taille ou d'activité pour certains services ou programmes de soins. Dans ce contexte, la coopération induit une plus grande efficacité. Par ailleurs, l'échange de données médicales permet d'éviter la pratique de doubles examens qui sont inconfortables, voire nocifs, pour le patient et qui pèsent lourdement sur le budget de la sécurité sociale. Pour encourager les rapprochements entre hôpitaux, les autorités reconnaissent trois formes de collaboration : le groupement, l'association et la fusion. En outre, elles soutiennent certaines formes d'échange électronique de données<sup>44</sup>. »

---

<sup>43</sup> Source : [inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan\\_approche\\_financement\\_hopitaux.pdf](http://inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_approche_financement_hopitaux.pdf)

<sup>44</sup> Source : [mc.be/media/mc-informations\\_253\\_fiche-info-hopitaux\\_tcm49-28968.pdf](http://mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf)

## **France : Accords du « Ségur de la santé<sup>45</sup> »**

Les réformes du système de santé français constituent un chantier continu pour les différents exécutifs qui se sont succédé depuis une quarantaine d'années. La « crise sanitaire » engendrée par le coronavirus a donné un coup d'accélérateur aux tentatives de réforme de l'hôpital, de son organisation et de son financement, par l'exécutif actuel. En France comme ailleurs, les objectifs finaux sont les mêmes : rendre productifs les services qui ne le sont pas ou pas assez, avec parfois des modalités qui diffèrent d'un pays à l'autre.

Le gouvernement a accordé un certain nombre de concessions aux personnels de santé. Mais celles-ci ne remettent pas en cause la poursuite de la réforme de la santé. Elle se fera avec un autre rythme et avec d'autres priorités, mais sans dévier de son but : « *Pouvoir adapter la main-d'œuvre et l'appareil productif en fonction des besoins du marché, tel est l'objectif central de la réforme<sup>46</sup>.* » C'est ce qui s'est passé dernièrement à la SNCF et qui s'applique également parfaitement à la santé (tout comme cela s'est déjà appliqué, dans une moindre mesure, à l'Éducation nationale).

Le contexte de la réforme du système de santé

### L'état des lieux avant....

- En premier lieu, les salaires : les infirmiers touchent 1 500 euros net en début de carrière, soit l'un des niveaux les plus faibles des pays de l'OCDE. Selon les syndicats, le différentiel est d'environ 300 euros par mois.
- Ensuite, le sous-effectif : les hôpitaux peinent pour beaucoup à recruter et à fidéliser leurs salariés en raison des conditions de travail. « *Le premier désert médical de France, c'est l'hôpital : près de 30 % de postes y sont non pourvus* » (Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France<sup>47</sup>). Chez les infirmiers, « *30% des nouveaux diplômés abandonnent la profession dans les cinq ans* » (Thierry Amouroux, porte-parole du SNPI<sup>48</sup>).
- Plus globalement, la dégradation des conditions de travail du secteur public hospitalier a conduit à l'expression d'un double sentiment d'appauvrissement du travail d'équipe et de perte de la notion de « collectif de travail ». Les effets de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPSST) de 2009<sup>49</sup> sont également mis en question concernant, par exemple, les modèles de gouvernance.
- En l'espace de vingt ans, près de 100 000 lits ont été supprimés dans les cliniques et les hôpitaux, dont 4 700 lits fermés, entre 2017 et 2020, dans toute la France, et 12 000 pour l'APHP (région parisienne) entre 1992 et 2020.
- Enfin, le financement des hôpitaux. La tarification à l'activité (T2A), instaurée en 2003, fixe les ressources des hôpitaux en fonction des actes effectués. Elle est souvent accusée de pousser à la « course au volume », générant des coûts insupportables pour l'État. En même

---

<sup>45</sup> Du nom de l'avenue où se situe l'une des entrées du ministère de la santé. Le « Ségur de la santé » a débuté le 25 mai et a duré sept semaines pendant lesquelles la concertation a été coordonnée par l'ex-secrétaire générale de la CFDT, Nicole Notat. Les négociations ont débouché sur un accord, le 13 juillet, signé par trois syndicats majoritaires à eux trois (CFDT, FO et UNSA) concernant salaires, embauches et conditions de travail. L'enveloppe financière annoncée est de 8,2 milliards d'euros dont 7,6 milliards pour le personnel non-médical. D'autres propositions ont été présentées depuis par le gouvernement pour refonder le système de santé. Par ailleurs, 33 mesures ont été annoncées le 21 juillet. Source : [solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/](https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/)

<sup>46</sup> Voir lettre n°46 : « *SNCF : bilan de l'échec d'une grève conservatrice* » in : [mouvement-communiste.com/documents/MC/Letters/LTMC1946%20FRvF.pdf](https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Letters/LTMC1946%20FRvF.pdf)

<sup>47</sup> Source : [lejdd.fr/Societe/le-president-de-la-federation-hospitaliere-de-france-il-faut-replacer-lhumain-au-coeur-du-systeme-3970271](https://lejdd.fr/Societe/le-president-de-la-federation-hospitaliere-de-france-il-faut-replacer-lhumain-au-coeur-du-systeme-3970271)

<sup>48</sup> Source : [bfmtv.com/economie/segur-de-la-sante-un-syndicat-alerte-sur-une-prochaine-penurie-d-infirmieres\\_AN-202007130218.html](https://bfmtv.com/economie/segur-de-la-sante-un-syndicat-alerte-sur-une-prochaine-penurie-d-infirmieres_AN-202007130218.html)

<sup>49</sup> Voir : [legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/](https://legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/)

temps, la dette des hôpitaux, aujourd'hui proche de 30 milliards d'euros, fait l'objet de multiples discussions entre l'exécutif et les fédérations hospitalières.

## **Contenu de l'accord du Ségur**

### Axe 1 : Augmentation des salaires

- L'augmentation des salaires se fera en deux temps : le 1<sup>er</sup> septembre 2020 et le 1<sup>er</sup> mars 2021. La première de 24 points d'indice, soit 90 euros nets, la seconde de 25 points d'indice, soit 93 euros nets.

- Les salariés qui ont un salaire non lié aux indices verront également leurs salaires augmenter des mêmes montants.

- Révision des grilles : revaloriser les corps de la catégorie B et de la catégorie A ; porter en catégorie B les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture ; intégrer les corps infirmiers (infirmiers en soins généraux, infirmiers spécialisés, cadres de santé paramédicaux, infirmiers en pratique avancée) dans la grille de la catégorie A.

### Axe 2 : Organisation du travail.

- Afin de permettre une diversification des organisations de travail proposées aux personnels soignants (activités diurnes exclusives, roulements sans week-end), des projets pilotes seront développés dans les établissements afin de parvenir à une construction des plannings en « pleine autonomie » par les agents du service avec une validation par les encadrants.

- Une étude d'impact sera menée par les agences régionales de santé avec les directions hospitalières concernant la situation des effectifs (postes vacants, absentéisme, emploi précaire, besoins de formation au regard de la structure capacitaire et des activités).

- Aussi et en sus : systématiser les réunions de dialogue professionnel, garantir les temps de transmission entre équipes sur le temps de travail, mettre en place des outils de développement des pratiques collectives. Et renforcer la négociation de proximité dans le cadre de la hiérarchie des normes et du statut général de la fonction publique.

### Un accord pour les médecins hospitaliers

- Un ensemble de 16 mesures, pour une enveloppe globale de 450 millions d'euros. L'indemnité est aujourd'hui de 490 euros bruts par mois pour un temps plein et sera portée à 700 euros pour ceux dont l'ancienneté est de quinze ans et plus. Elle passera à 1 010 euros pour tous les praticiens éligibles, avec une première étape en septembre et une seconde en mars 2021.

- En parallèle, une révision des grilles salariales est prévue à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, avec fusion des trois premiers échelons et création de trois échelons supplémentaires en fin de carrière : 100 millions d'euros y seront alloués.

- Les internes, futurs médecins employés à l'hôpital dans le cadre de stages de fin de cursus, vont bénéficier d'une enveloppe de 124 millions d'euros ainsi que de mesures visant à assurer « un meilleur respect du temps de travail ».

### Mesures complémentaires du 21 juillet<sup>50</sup>

- Mettre en place 4 000 lits à la demande en fonction des pics saisonniers (50 millions d'euros) d'ici décembre 2020.

---

<sup>50</sup> Voir l'article « Trente-trois mesures pour réformer le système de santé » (paru dans *Le Monde* du 23 juillet 2020) : [lemonde.fr/societe/article/2020/07/22/investissement-financement-gouvernance-les-conclusions-du-dernier-acte-du-segur-de-la-sante\\_6046892\\_3224.html](https://lemonde.fr/societe/article/2020/07/22/investissement-financement-gouvernance-les-conclusions-du-dernier-acte-du-segur-de-la-sante_6046892_3224.html)

- Investir 19 milliards d'euros, dont 13 pour la dette des hôpitaux ; 2,1 milliards sur cinq ans à destination des Ehpad (toutes catégories) ; 2,5 milliards pour des projets hospitaliers prioritaires (liens entre médecine de ville et hôpitaux) ; et 1,4 milliard pour des investissements dans le numérique.
- Atténuer les effets de la loi HPST de 2009, notamment en instaurant une gouvernance participative dans les hôpitaux.
- Expérimenter des modèles mixtes de financement.

#### Bilan de la réforme en cours

Pour les revenus des salariés, l'augmentation (en deux temps) de 183 euros n'est pas négligeable, bien qu'encore éloignée de la revendication de 300 euros pour tous exprimées par les soignants, comme lors des manifestations du 16 juin dernier. Les passages de catégorie de la Fonction publique hospitalière (FPH) de 563 000 aides-soignantes (de la C à la B) et de 210 000 infirmières (de la B à la A), sur 1 173 000 salariés de la FPH se traduira, également, à court terme, par des augmentations de salaires, et, à moyen terme, par des évolutions de carrière plus rapides et des primes améliorées. À plus long terme, cela se soldera par de meilleures retraites (sur la base actuelle).

Peu ou prou, il s'agit d'une augmentation moyenne de 10 % des salaires en période de faible inflation, à mettre en perspective avec le pourcentage similaire qui avait été obtenu, en mai-juin 1968, à l'époque d'une inflation importante<sup>51</sup>. Néanmoins, il ne faut pas oublier qu'en sont exclus les 370 000 contractuels, vacataires et intérimaires et les 58 000 classés « divers » représentant respectivement 18,2 et 7,1 % du total des emplois du secteur. Ce qui renforce la division entre les « statutaires » et les précaires de l'hôpital. Une stratégie appliquée depuis longtemps dans d'autres entreprises capitalistes de services publics comme la Poste ou la SNCF. Ces concessions de l'État ne seront pas sans répercussion sur les conditions de travail du personnel de santé.

Accroître la flexibilité du personnel, sa mobilité interservices (tout en respectant les règles sanitaires), optimiser les investissements et mieux gérer la masse salariale, passe par le « desserrage » des règles de la FPH. Le tout en tenant compte de l'expérience de la Covid-19 qui tend à transformer les hôpitaux en hôpitaux militaires pratiquant une forme de « médecine de guerre<sup>52</sup> ». La condition du bon fonctionnement des « hôpitaux de campagne » est la présence en nombre suffisant d'une force de travail qualifiée souple, adaptable, disponible pour faire fonctionner des structures de soins éphémères, mobiles et modulables selon les besoins du moment. C'est la raison pour laquelle un objectif fondamental de la réforme du système hospitalier français est d'exiger des personnels, en contrepartie de la hausse des salaires et de l'évolution plus rapide des carrières, davantage de flexibilité, de mobilité et de polyvalence.

La Covid-19 se révèle être un test grandeur nature pour la restructuration de certains services incontournables et très coûteux, souvent peu ou pas rentables comme les services de réanimation. L'expérience de la dite « première vague » de Covid-19 a vu ces services complètement dépassés par l'afflux de malades, à la fois en termes de manque de lits, mais aussi en raison du manque de personnels et en particulier de personnels formés pour faire face à cette crise sanitaire particulière. Dans les services de réanimation, chaque lit occupé mobilise en moyenne huit personnels soignants. Grâce aux premiers enseignements de la gestion catastrophique de l'épidémie du printemps, de nouvelles méthodes de prise en charge semblent

<sup>51</sup> Les données sont extraites du rapport annuel sur la fonction publique, de 2019. Voir : [fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports\\_annuels/2019/Rapport\\_annuel\\_FP-2019.pdf](https://fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports_annuels/2019/Rapport_annuel_FP-2019.pdf)

<sup>52</sup> Un exemple, celui de Mulhouse mis en place pendant la crise de la Covid. Voir : [huffingtonpost.fr/entry/voila-a-quoi-ressemble-lhopital-de-campagne-de-mulhouse\\_fr\\_5e7a4f3ac5b63c3b64984943](https://huffingtonpost.fr/entry/voila-a-quoi-ressemble-lhopital-de-campagne-de-mulhouse_fr_5e7a4f3ac5b63c3b64984943)

voir le jour<sup>53</sup>, moins « gourmandes » en personnels car elles se fondent sur une rotation plus rapide et une ductilité accrue des soignants dédiés. D'où la possibilité de prises en charge plus nombreuses à coûts plus bas.

Hormis les infirmiers et les infirmières et les médecins hospitaliers, d'autres professions vont à leur tour bénéficier d'une amélioration des termes contractuels de leurs cadres statutaires respectifs. Il s'agit des diététiciens, des préparateurs en pharmacie, des techniciens de laboratoire et, dans un deuxième temps, des ambulanciers et des assistants de régulation médicale. En revanche, les oubliés du Ségur sont deux catégories de personnels soignants sous-payés sans lesquelles les hôpitaux publics ne fonctionneraient pas : les étudiants et, surtout, les internes. Et ce sont ces deux catégories qui vont endosser la charge de travail supplémentaire issue de la réduction promise des personnels précaires. Réduction qui, jusqu'à un certain point, est parfaitement fonctionnelle à l'objectif de la compression de la masse salariale à la condition que les actes des précaires de la santé soient exécutés par d'autres à moindre coût comme les internes ou les élèves infirmiers et infirmières. Ceux-ci servent et continueront à servir de variable d'ajustement dans les plannings des hôpitaux, de main-d'œuvre qualifiée à très bas prix et à horaires extensibles à souhait. Avec les infirmières, les internes ont été massivement mobilisés au moment de la « première vague ». Il reste à savoir s'ils seront disposés à travailler dans les mêmes conditions sans réagir si et quand interviendra un second choc d'amplitude similaire.

#### La modernisation de l'organisation de l'entreprise hôpital

Pour en revenir à la poursuite de la transformation en entreprise de l'hôpital, la première étape est le transfert des décisions au niveau local ; le directeur d'hôpital devenant un chef d'entreprise à part entière :

- 1) pour les négociations sur les salaires, les conditions de travail et les investissements. Les arbitrages pour les investissements se feront au niveau départemental des ARS (quand ils seront supérieurs à 100 millions d'euros) mais leurs critères (non définis dans le Ségur) seront la tenue des objectifs de performance ;
- 2) pour l'organisation du travail, tant pour les équipes que pour le salarié pris individuellement. La part individualisée du salaire va augmenter (passant par la gestion des heures supplémentaires) ; les carrières aussi seront davantage individualisées. La « revalorisation » du travail d'équipe va passer par la concurrence entre les différentes équipes au sein du même hôpital, de même que la concurrence va s'accroître entre les hôpitaux pour attirer les personnels qualifiés.

Cela permettra de rationaliser davantage la répartition territoriale des hôpitaux et des services mais aussi d'autoriser, à l'intérieur de chaque structure hospitalière, le transfert temporaire ou pas des personnels d'un service à un autre et, dans une certaine mesure, d'une spécialisation à une autre. La baisse du nombre de lits va continuer mais elle va être planifiée sur la base de critères rendus homogènes sur tout le territoire. En attendant, le gouvernement a annoncé la suspension des plans de fermeture en cours, comme au CHU de Nancy, ce qui ne veut pas dire leur suppression définitive<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Services de « pararéanimation », chaque fois que cela est possible. Ces services de réanimation fonctionnent avec des structures plus légères et un besoin en personnel allégé, mis en place suite à la première vague Covid, où les intervenants ont tiré des leçons de la saturation des services de réanimation et ont mis au point de nouvelles méthodes de traitement. La nouvelle organisation et les nouveaux traitements appliqués aux patients permettent de leur éviter, dans une certaine mesure, de passer par l'étape intubation et d'engorger les services de réanimations classiques. Il y a aussi moins besoin de personnels qualifiés par lit de réanimation.

<sup>54</sup> Voir : [actu.fr/grand-est/nancy\\_54395/le-plan-de-suppression-de-600-postes-au-chru-de-nancy-est-toujours-prevu\\_34418388.html](https://actu.fr/grand-est/nancy_54395/le-plan-de-suppression-de-600-postes-au-chru-de-nancy-est-toujours-prevu_34418388.html)

« La santé n'a pas de prix. Le gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies. Quoi qu'il en coûte. » « Il faut tirer les leçons » et « interroger le modèle de développement dans lequel s'est engagé notre monde depuis des décennies », déclarait Emmanuel Macron, le 18 mai 2020<sup>55</sup>. Des propos qui ne trompent personne et surtout pas les travailleurs de la santé.

Le calendrier exact de la mise en œuvre du Ségur n'est pas fixé. Plusieurs éléments de la réforme annoncée restent à définir. La plus grande vigilance et la mobilisation des personnels hospitaliers sont plus que jamais indispensables non seulement pour contrer le plan d'accroissement de l'intensité et de la mobilité du travail, mais aussi pour battre en brèche toute nouvelle disposition applicative qui empirerait encore davantage les conditions de travail à l'hôpital.

D'ores et déjà, face à la deuxième vague du Coronavirus, face à la défection des personnels refusant de voir leur situation empirer<sup>56</sup> et pour pallier la militarisation du travail<sup>57</sup>, le gouvernement a annoncé qu'il avançait le versement de la deuxième partie de l'augmentation de salaire (soit 93 €) du 1<sup>er</sup> mars 2021 à avant le 31 décembre 2020<sup>58</sup>.

### **Tracts**

Nous avons diffusé deux tracts sur la situation de la Santé, l'un en Belgique<sup>59</sup>, l'autre en France<sup>60</sup>.

---

<sup>55</sup> Voir : [francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/quoi-qu-il-en-coute-emmanuel-macron-lance-un-appel-general-a-la-mobilisation-contre-le-coronavirus\\_3863731.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/quoi-qu-il-en-coute-emmanuel-macron-lance-un-appel-general-a-la-mobilisation-contre-le-coronavirus_3863731.html)

<sup>56</sup> Par exemple, les 900 embauches supplémentaires réalisées par l'APHP ne suffisent pas car 450 travailleurs de la santé de Paris ont démissionné entre-temps, écœurés par les conditions insoutenables de travail et par la déception face à la revalorisation de leurs traitements.

<sup>57</sup> L'APHP a reporté ou supprimé les congés de la Toussaint.

<sup>58</sup> [https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-la-deuxieme-hausse-des-salaires-pour-le-personnel-hospitalier-sera-finalement-versee-avant-la-fin-de-l-annee-annonce-jean-castex\\_4142941.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-la-deuxieme-hausse-des-salaires-pour-le-personnel-hospitalier-sera-finalement-versee-avant-la-fin-de-l-annee-annonce-jean-castex_4142941.html)

<sup>59</sup> Voir : <https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/TR200912%20Sante%CC%81%20vG.pdf>

<sup>60</sup> Voir : <https://mouvement-communiste.com/documents/MC/Leaflets/TR201014%20Sante%CC%81%20vF.pdf>

## BIBLIOGRAPHIE

Benjamin Coriat, *L'atelier et le chronomètre : essai sur le taylorisme, le fordisme et la production de masse*, Christian Bourgois, Paris 1979. Republié en 1994.

Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fany Vincent, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, Paris 2019.

Karl Marx, *Le Capital*. Livre I, in *Oeuvres* Tome I, La Pléiade, Paris 1963.

Karl Marx, *Le Capital*. Livre II, in *Oeuvres* Tome II, La Pléiade, Paris 1968.

Karl Marx et Friedrich Engels, *Manifeste du parti communiste*, in *Oeuvres* Tome I, La Pléiade, Paris 1963.

Karl Marx, *Travail salarié et capital*, in *Oeuvres* Tome I, La Pléiade, Paris 1963.

Nicolas Tanti-Hardouin, *L'hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle*, Les études de la documentation française, Paris 1996.

Stéphane Velut, *L'Hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme*, Gallimard, 2020.

*Rapport annuel Chirec 2018, vision 2019*

## LISTE DES PUBLICATIONS

### SÉRIE COURANTE

N°1	L'autonomie ouvrière frappe en Chine	Février 2011	2 €
N°2	Tunisie : restructuration à chaud de l'Etat après une tentative d'insurrection démocratique incomplète	Juin 2011	2 €
N°3	Egypte : compromis historique sur une tentative de changement démocratique	Octobre 2011	2 €
N°4	Belgique : Crise institutionnelle sur fond de crise fiscale : un avenir tchécoslovaque ou yougoslave ?	Novembre 2011	2 €
N°5	L'autonomie ouvrière frappe en Inde : la grève de Maruti Suzuki à Manesar (juin, septembre, octobre 2011)	Mai 2012	3 €
N°6	La santé comme industrie génératrice de nouvelle valeur. La transformation de l'hôpital vers un modèle industriel moderne.	Octobre 2020	2 €

### HORS SÉRIE

N°1	Daniel Bénard (1942-2010)	Juin 2011	4 €
N°2	Tchécoslovaquie Novembre 1989 : le prolétariat enchaîné au velours tricolore	Juin 2011	2 €
N°3	Mai-Juin 1968 : une occasion manquée pour l'autonomie ouvrière	Mai 2018	5 €

---

*« Si la classe ouvrière lâchait pied, dans son conflit quotidien avec le capital, elle se priverait certainement elle-même de la possibilité d'entreprendre tel ou tel mouvement de plus grande envergure »*

Karl MARX,  
*Salaire prix et profit, 1865*