

La situation créée par la pandémie de Covid-19 est une démonstration grandeur nature et sans appel de l'inanité de la thèse soutenue, depuis des décennies, par les tenants de la libéralisation du système sanitaire. Leur postulat de base: chacun·e est détenteur d'un «capital santé» dont il est le principal voire le seul responsable (à lui de le conserver et, mieux même, de le valoriser – de l'améliorer), se trouve démenti depuis quelques semaines à une échelle proprement planétaire¹.

Tant la propagation du virus responsable de cette pandémie que les mesures, inégalement efficaces, prises par les Etats pour mettre à l'abri leurs populations prouvent, s'il le fallait, que la santé est d'abord un bien public: que l'état sain ou morbide du corps de chacun·e dépend d'abord de l'état sain ou morbide du corps social, dont le premier n'est qu'une dépendance ou un simple appendice, et de la capacité ou non dudit corps social de se défendre, par lui-même ou par l'intermédiaire de ses institutions politiques, face aux facteurs pathogènes, notamment en élaborant un système social de soins performant et une politique publique de santé mettant à la disposition de ce dernier les moyens (humains, matériels, financiers) nécessaires et suffisants.

On m'objectera que la situation créée par cette pandémie est proprement exceptionnelle et qu'en conséquence il serait erroné ou pour le moins aventureux de chercher à en tirer des conclusions d'ordre général. Mais l'argument peut parfaitement se renverser. Par son caractère proprement extraordinaire, par le fait qu'elle concerne un facteur pathogène qui menace rapidement et massivement l'ensemble de la population, l'exception peut au contraire confirmer la règle au sens le plus élémentaire du terme: la faire apparaître alors que les conditions ordinaires tendent au contraire à la masquer. Ce que cette pandémie nous rappelle et non pas nous apprend, c'est ce que bien d'autres études épidémiologiques avant elle nous avaient enseigné au fil des décennies antérieures et qui a été négligé par ceux et celles qui auraient dû en tenir compte au premier chef, les irresponsables qui nous gouvernent: le tribut acquitté annuellement par les travailleurs et travailleuses du fait de conditions de travail dangereuses, insalubres, usantes, qui se paient de pathologies chroniques ou lourdes et d'années d'espérance de vie en moins²; celui acquitté non moins régulièrement par des populations humaines, notamment urbaines, du fait des multiples pollutions (de l'atmosphère, des eaux, etc.) engendrées par le productivisme capitaliste³; le bilan effarant de décennies de malbouffe dont l'industrie agroalimentaire capitaliste est également responsable⁴; etc.

Et elle nous rappelle de même – là encore, rien de neuf – ce que les personnels hospitaliers de France, en lutte tout au long de l'année dernière n'ont cessé de répéter: que l'hôpital public est la victime de politiques d'étranglement financier, le rendant de moins en moins capable de remplir ses tâches d'accueil et de soins des patients; mais qu'il est aussi la victime d'une médecine libérale de ville tournant, en grande partie, le dos à sa mission, déportant vers l'hôpital public des patients relevant d'abord de sa prise en charge; tandis que prospèrent des cliniques privées où les dépassements d'honoraires sélectionnent une «clientèle» de choix qui évite le double écueil précédent. Si bien que, lorsque survient le choc d'une pandémie, c'est tout ce système, sciemment délabré, qui s'avère incapable de faire face à la situation, en contraignant les soignants à opérer un tri parmi les patients en fonction de leur espérance de survie... et de leur âge. Comme le font en temps de guerre des chirurgiens dans des hôpitaux de campagne à l'arrière du front!

Or le postulat précédemment mentionné a servi de caution et de justification de toutes ces politiques. Dès lors que l'on part de l'idée que c'est d'abord à chacun·e de prendre soin de son «capital santé», en se responsabilisant (en «choisissant» de surveiller ou non son

hygiène de vie, par exemple) et en s'assurant (en contractant une police d'assurance maladie privée en fonction de ses «choix»: des risques qu'il est prêt ou non à courir - en fait en fonction de ses ressources monétaires), il est logique de réduire comme peau de chagrin l'assurance maladie publique, de laisser le champ libre aux assurances privées ou mutualistes, non sans veiller à les mettre dûment en situation de «*concurrence libre et non faussée*», et de privilégier les cliniques privées relativement à l'hôpital public, en ouvrant ainsi par deux fois de nouveaux champs à la valorisation du capital. Car la libéralisation de l'offre doit aller de pair avec celle de la demande, comme il se doit dans une «*économie de marché*».

Et c'est ce même postulat auquel les gouvernements doivent aujourd'hui tourner brutalement le dos, en décrétant des mesures de confinement plus ou moins drastiques de la population, pour tenter d'enrayer la diffusion de la pandémie et d'éviter la submersion des services hospitaliers, dont ils ont eux-mêmes réduit les capacités opératoires. C'en est fini de l'exaltation implicite de la liberté de choix de chacun quant à sa stratégie de valorisation de son capital santé! En confinant chacun·e chez soi, en restreignant en conséquence sa liberté de circulation comme plus largement l'ensemble des libertés publiques, ces autorités reconnaissent implicitement que la santé est d'abord un bien public qui demande à être préservé en tant que tel. Sauf qu'il n'a désormais plus d'autre moyen de le défendre qu'en mettant en péril nos libertés, sans pour autant nous mettre à l'abri du danger, potentiellement mortel, de cette pandémie.

Mais la faillite pratique des politiques néolibérales en matière de santé ne doit pas nous fournir seulement l'occasion de dénoncer l'inanité de ses fondements idéologiques. Elle ouvre une brèche dont nous (les forces anticapitalistes, associatives, syndicales et politiques) devons tirer parti, en dénonçant la responsabilité des gouvernants, présents et passés, qui ont conduit ces politiques qui nous ont menés au désastre actuel, ce dont la population qui en fait les frais a de plus en plus clairement conscience. En inversant le postulat de ces politiques, en défendant l'idée que la santé est d'abord un bien public et qu'elle doit par conséquent être prioritairement à la charge des pouvoirs publics, on peut ainsi envisager de proposer, s'agissant de la France:

- l'abrogation immédiate de la demande d'économie de 800 millions d'euros sur le budget des hôpitaux au cours de l'année 2020;
- l'arrêt immédiat de la fermeture d'établissements hospitaliers, de services à l'intérieur des établissements et de suppression de personnels et de lits à l'intérieur des services tels que programmés par les agences régionales de soins (ARS);
- l'arrêt immédiat du financement des établissements par la tarification à l'acte et le rétablissement d'un financement sur la base d'un budget global à la hauteur des besoins tels qu'évalués par les personnels soignants;
- l'adoption d'un plan d'urgence pour faire face à la pandémie, impliquant notamment des embauches de personnels soignants et une réévaluation de leurs traitements, doublé de l'adoption d'un programme pluriannuel de rééquipement et de modernisation des établissements et de recrutements de personnels (médecins, infirmiers/infirmières, aides-soignant·e·s, ambulanciers, brancardiers, etc.), le tout sur la base des revendications de ces personnels et de leurs organisations syndicales;
- le financement de l'ensemble de ces mesures urgentes par un impôt exceptionnel de solidarité sur les grandes fortunes;

= la réquisition de l'ensemble des cliniques privées, de leurs personnels et de leurs matériels, pour faire face aux urgences de lutte contre le Covid-19;

- l'annulation de toutes les mesures d'exemption des cotisations sociales à charge des employeurs; une augmentation de ces mêmes cotisations pour toutes les branches et tous les établissements faisant courir des risques sanitaires à leurs salarié·e·s et aux populations environnantes;
- l'annulation des mesures antérieures de «déremboursement» des médicaments et du reste à charge (tiers payants pour les patients) ;
- la réorganisation de la médecine de ville autour de maisons de santé locales, mêlant spécialistes, généralistes, dentistes, professions paramédicales;
- l'obligation de tous les personnels médicaux, à la fin de leurs études, d'exercer durant un certain temps dans de ces centres de soins, en contrepartie de la prise en charge du coût de tout ou d'une partie de leurs études par le ministère de la Santé;
- une revalorisation sérieuse des moyens (financiers, matériels, en personnels) de tous les organismes publics de recherche médicale sous forme d'un plan pluriannuel; une parfaite autonomie des chercheurs dans la définition des programmes prioritaires de recherche;
- la nationalisation des grands groupes pharmaceutiques, qui ont largement démontré, en cette occasion comme en d'autres, l'insuffisance foncière de leur programme de recherche-développement au regard des priorités de santé publique; et l'abolition du système des brevets médicaux, de manière à mettre les avancées de la recherche le plus rapidement possible au service du plus grand nombre.

Ce ne sont là que quelques propositions qui peuvent être avancées dans le cadre du débat qui doit accompagner les mobilisations contre la poursuite des politiques néolibérales de santé. Après le mouvement des Gilets Jaunes et la lutte des personnels hospitaliers, qui se poursuivent l'un et l'autre, dans le cours desquels quelques-unes de ces propositions ont déjà été avancées, la situation actuelle nous offre une nouvelle opportunité pour faire entendre et imposer des revendications en faveur de la majeure partie de la population. Il nous faut nous faire entendre pour ne pas laisser le gouvernement profiter du désarroi actuel pour masquer ses responsabilités et poursuivre dans la même voie, une fois que la crise sanitaire actuelle aura été surmontée. A quel prix ?

17 mars 2020.

Publié initialement sur [A l'Encontre](#).

références

références

- Ce postulat, partie intégrante d'une conception individualiste du monde social (dont la maxime pourrait être : « *la société n'est qu'une somme d'individus* »), est plus largement au principe de toutes les politiques néolibérales. Il est par exemple au cœur de la casse en cours des systèmes de retraite qui consiste, précisément, en l'institution d'un « *compte individuel à points* ». Quant à la notion de capital santé, elle ne fait que décliner celle, plus général, de « *capital humain* » élaboré par Gary Becker. Pour sa critique, je renvoie à l'article qui lui est consacré dans *La novlangue néolibérale*, Page 2 et Syllepse, 2017.
- ↑2 Cf. les résultats de la dernière enquête en date sur les conditions de travail en Europe : <https://www.eurofound.europa.eu/fr/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>

Covid-19 : pour une socialisation de l'appareil

<https://www.contretemps.eu>

sanitaire

redaction

«La pollution de l'air pourrait être deux fois plus meurtrière que ce que l'on pensait. Une étude parue mardi 12 mars [2019] la juge responsable de

8,8 millions de morts prématurées par an dans le monde, dont 6 000 en France.»
↑3 https://www.francetvinfo.fr/sante/environnement-et-sante/pollution-de-l-air-une-nouvelle-etude-revoit-le-nombre-de-morts-a-la-hausse_3229709.html
consulté le 14 mars 2020.

↑4 Selon l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 17 % (soit un sixième) des adultes vivant en France seraient obèses.
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite> consulté le 14 mars 2020.