

À L'HÔPITAL, COMME À L'USINE ET AU BUREAU, LA LUTTE POUR LA SANTÉ EST UNE LUTTE POUR LE SALAIRE CONTRE L'ÉTAT-PATRON

La situation

Que les bilans de nombreux hôpitaux en Belgique soient déficitaires n'est pas un fait nouveau. Pour contrer cela, en 2015, la ministre fédérale de la santé publique a lancé un plan de réforme afin de rendre les soins de santé capables de « *créer plus de valeur avec les budgets disponibles* ». Sept ans plus tôt, en 2007-2008, la norme de croissance des soins de santé avait été déjà mise sous cloche. Les moyens financiers alloués par l'État fédéral aux hôpitaux généraux comptent de moins en moins dans leur chiffre d'affaires comparativement aux ventes d'actes et de médicaments (honoraires et pharmacie). Le plan De Block prévoit trois grands piliers :

- La centralisation de l'offre de soins en forçant la réorganisation du paysage hospitalier sous la forme de réseaux. Les technologies coûteuses, par exemple, seraient attribuées à un réseau plutôt qu'en les éparpillant dans plusieurs hôpitaux.
- Le redimensionnement capacitaire de l'offre de soins se traduit par la diminution du nombre de lits aigus et la réaffectation en lits chroniques ; la diminution de la durée des hospitalisations ; orientation vers des soins ambulatoires. Depuis 2008, la durée moyenne de séjour a reculé d'un jour dans les services aigus et de maternité. Parallèlement, les soins ambulatoires croissent (18 % des journées et 60 % des admissions en 2018).
- La fixation des prix des soins au forfait plutôt qu'un financement à l'acte. Selon l'exécutif, le paiement à l'acte entraîne l'accroissement du volume de soins afin de créer artificiellement plus de rentrées. En 2019, des montants globaux ont été arrêtés pour 57 procédures à basse variabilité, indépendamment du processus de soins réel pour le patient pris individuellement. Tous les hôpitaux y ont perdu de l'argent et vont devoir adapter leur structure de coûts.

Ce que cela signifie

L'État, en tant que capital individuel, en tant qu'investisseur principal des hôpitaux privés et encore plus en tant que représentant du capital collectif détenteur du système hospitalier public, cherche à diminuer sa contribution au financement des hôpitaux et à investir dans des entités plus efficaces – c'est à dire capables de générer du profit. Contrairement à la mystification véhiculée par les syndicats sur un soi-disant secteur « non marchand », la santé est depuis toujours une marchandise : l'État achète des soins à l'hôpital qui les lui vend ; quant au malade, sa contribution ne couvre qu'une partie, certes limitée mais croissante, des coûts de production des soins. Ce qui change aujourd'hui, c'est que la marchandise santé doit devenir rentable pour l'État.

Le capital ne tue pas l'hôpital, il le rend productif de profit

Le secteur des soins, régi par des règles de marché biaisées (fixation des prix en dehors du marché par les instituts de sécurité sociale, les mutuelles et les syndicats ; 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. Cette pénétration du capital dans le marché d'État correspond à son extension continue 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, devient progressivement un capital générateur de profit, comme cela a été le cas pour les transports en commun par exemple. La recherche du profit aspire inexorablement tout ce qui est « service public ».

Le mécanisme est simple. Les hôpitaux perçoivent de l'État une dotation minimale égale et proportionnée à leurs volumes d'actes et à leurs spécialités de santé. La capacité de l'hôpital à gagner de l'argent dépend ensuite de sa productivité, c'est-à-dire de sa capacité à comprimer les coûts de production des prestations en dessous de leur prix standardisé. Relativement au capital investi et au prix fixé en amont, certaines activités de santé sont plus rentables que d'autres, c'est pourquoi, le patron-État désinvestit dans certaines spécialités et dirige ses investissements vers d'autres. Les hôpitaux « publics » sont aussi de plus en plus concurrencés par les hôpitaux « privés » qui ont souvent une longueur d'avance sur les segments de marché les plus rentables. Les cliniques privées sont un aiguillon irremplaçable qui accélère la recherche de gains des hôpitaux du secteur étatique.

Cette évolution sera payée par les travailleurs et les patients

La transformation des conditions de travail à l'hôpital est comparable à ce qu'a connu l'industrie manufacturière, un siècle plus tôt : taylorisation et mécanisation. Comme toute force de travail, tant que le mode de production capitaliste domine la société, les travailleurs de la santé subissent la pression des patrons pour diminuer les salaires, allonger le temps de travail, augmenter la productivité et intensifier le travail. Une division du travail accrue a pour corollaire inévitable un travail répétitif. Le travailleur spécialisé doit aussi se montrer flexible et être potentiellement interchangeable. Les temps d'adaptation et de mise à jour des compétences sont de plus en plus réduits. Le management hospitalier fait tout pour comprimer au minimum ce qui ne ressort pas de l'acte médical (facturable) lui-même et pour que le temps **de** travail du personnel soignant soit le plus proche possible du temps **au** travail. Tous les moments de la journée de travail qui ne sont pas consacrés directement à du travail productif de plus-value sont restreints (les pauses, les discussions, etc.). Aussi, la tendance est à faire endosser au patient davantage du prix de ses soins – y compris quand ceux-ci sont déclarés « gratuits » en vertu du « contrat social » en vigueur.

Que l'hôpital soit privé ou public ne change rien pour la lutte des travailleurs

L'hôpital est un maillon essentiel du cycle de reproduction de la force de travail. Sa « raison sociale » première est de réparer et de permettre la remise au boulot de la force de travail usée par son exploitation dans le procès de production. 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 indispensable au capital. L'État est à la fois le propriétaire juridique des hôpitaux publics, le donneur d'ordre des hôpitaux, le client hégémonique qui fixe, en amont, les prix de marché des soins, 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 corps intermédiaires (syndicats, mutuelles). L'idéologie du « service public », toujours à vocation marchande dans le capitalisme, n'a pour but que de faire coïncider État et intérêt général. Que ce soit l'État ou des capitaux privés (souvent bien imbriqués entre eux), 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 en leur sein créées par l'organisation du travail.**

Les concessions de l'État et du management hospitalier obtenues à la suite de la Covid-19 seront temporaires en l'absence de lutte

Au printemps, le gouvernement belge a promis un milliard d'euros aux directions hospitalières pour faire face aux suppressions de journées d'hospitalisation et à l'augmentation des achats de pharmacie et d'équipements de protection. Ce milliard est une avance qui devra être remboursée sous la forme d'un rattrapage des subventions en 2022-2023. **Cela renforcera la tendance de fond : les unités de soins devront être plus performantes.**

À la mi-juin, 400 millions d'euros ont été dégagés pour le « Fonds blouses blanches » afin de recruter du personnel supplémentaire (environ 4 000 ETP). Début juillet, 600 millions d'euros supplémentaires ont été mis sur la table par l'État fédéral, pour la période 2021-2022, dans le cadre d'un futur accord social de refinancement des salaires (application du barème négocié en 2018) et d'amélioration des conditions de travail (horaires, semaines de congé). Cela concerne 110 000 ETP et constituerait une augmentation de 5 % de la masse salariale totale dans ce segment (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, prestataires de soins à domicile). Ce plan a obtenu l'accord des syndicats et doit encore être validé par le parlement. **Bien que non négligeable, ces aménagements gagnés durement à l'issue de la crise Covid-19 seront à terme résorbés par une productivité plus élevée et ne pourront être préservés qu'au prix du maintien d'une pression maximale ininterrompue des travailleurs de la santé sur les conditions de travail et les salaires.**

Le combat n'est pas de préserver l'hôpital public mais de mener un combat de classe contre les conditions d'exploitation

Lutter pour des augmentations de salaires et pour de meilleures conditions de travail implique d'instaurer un rapport de force face au véritable ennemi

Cet ennemi ne vient pas de l'extérieur de l'hôpital, mais est incarné par l'État et les directions hospitalières. Il faut donc abandonner toute demande de reconnaissance de l'utilité sociale de l'activité soignante « *qui sauve des vies humaines* ». Dans un monde capitaliste, la défense des « services publics » a toujours conduit à plus d'exploitation.

Les travailleurs de la santé qui font grève mènent une lutte pour le salaire et pour l'unité des travailleurs

Parce que la grève dans les hôpitaux est difficile à mener et parce que la direction essaie d'isoler les différents départements qui se mobilisent, l'organisation de la lutte doit surmonter les tensions entre les catégories de travailleurs et exploiter les failles du processus de travail. Refuser les heures supplémentaires au-delà de la limite légale ; refuser de faire un travail qui n'est pas de sa compétence ; signaler tout accident causé par le manque de personnel, la mauvaise organisation du travail, le mauvais équipement matériel ; refuser de travailler pendant les pauses, voilà des pratiques qu'on a vu apparaître ces derniers temps. Pour paralyser la production, les équipes de travail peuvent faire une enquête approfondie sur le fonctionnement des services et choisir où porter le fer en fonction du rapport de force.

La revendication de la gratuité des soins est aussi une lutte pour le salaire

Se battre pour ses propres intérêts signifie-t-il oublier les patients ? Non dans la mesure où les personnels soignants avancent avec force la revendication de la gratuité totale des soins pour tous les travailleurs. Un objectif qui correspond ni plus ni moins à lutter pour défendre le salaire indirect et notamment la partie qui relève de l'accès à la santé.

Combattre l'entreprise hospitalière comme lieu d'exploitation signifie abandonner les illusions sur « l'intérêt général » et « les services publics ». Cela signifie aussi reconnaître en l'État-patron, l'ennemi des travailleurs.

Pour ce faire, il faut placer l'initiative sur le terrain de classe en s'organisant collectivement en dehors des syndicats de cogestion, contre le patron de l'hôpital et la hiérarchie des services.

Mouvement Communiste/Kolektivně proti kapitálu,

Le 12 septembre 2020