

L'hôpital, le jour d'après

Tous les spécialistes en conviennent : le confinement total est le prix du manque de moyens, notamment à l'hôpital, dû à l'incurie des gouvernements qui se sont succédé depuis trente ans. C'est maintenant qu'il faut en tirer les leçons et revoir de fond en comble la politique de santé.

par André Grimaldi & Frédéric Pierru

--
0



[L'hôpital, le jour d'après](#)

Dhruvi Acharya. — « Ashes » (Cendres), 2016

© Dhruvi Acharya - www.dhruvi.com

«*Nous sommes en guerre.* » Le président de la République Emmanuel Macron l'a répété six fois lors de son allocution solennelle du 16 mars 2020. En guerre, contre qui ? Contre un virus qui provoque une maladie bénigne chez celles et ceux qu'il ne tue pas. Mais qui, comme il est particulièrement contagieux, peut tuer beaucoup de monde et pas seulement les personnes âgées ou fragiles — en l'absence de vaccination. D'où les variations de la communication gouvernementale.

Nous sommes en effet passés en quelques semaines de messages rassurants visant à protéger les personnes dites « à risque » à la mobilisation générale enjoignant à chacun de rejoindre au plus vite les abris. La contradiction a culminé la veille du premier tour des élections municipales, quand le premier ministre Édouard Philippe décidait la fermeture immédiate des bars et restaurants, tout en engageant les citoyens à se rendre le lendemain dans les bureaux de vote. Le « en même temps » macronien tournait à la confusion. Il provoquait une abstention massive justifiée, mettant fin à la « *mascarade* », pour reprendre le mot employé par Mme Agnès Buzyn, députée par son résultat électoral, après avoir déserté le ministère de la santé. Le « chef des armées » s'est alors prudemment retranché derrière le prétendu avis donné par des experts scientifiques, tout en accusant implicitement les mauvais Français d'insouciance. D'où une impression d'irréalité, accentuée par la théâtralité des discours affectés et grandiloquents du président.

Plus grave, cette guerre ne devrait pas être la « poursuite de l'activité politique avec des moyens différents », pour reprendre l'expression consacrée. Elle impose un retournement complet. En effet, l'épidémie a brutalement révélé l'ineptie dangereuse de la politique néolibérale suivie de façon continue depuis le dernier quart du XXe siècle, et que M. Macron avait décidé d'accentuer en transformant le salarié en autoentrepreneur et l'usager du service public en client. Ministre de l'économie puis candidat à la présidence de la République, il souhaitait alors que de plus en plus de « *jeunes Français aient envie de devenir milliardaires (1)* » et il les exhortait à « *ne plus chercher un patron mais à chercher des clients (2)* ».

Cette vision marchande dessine la ligne directrice des politiques de santé appliquées avec assiduité depuis l'introduction en 2004 de la tarification à l'activité (T2A) pour financer les hôpitaux publics (3). Il s'agit de mettre en concurrence ces derniers et les cliniques commerciales, sur un pseudo-marché administré. Le but de chaque établissement n'est plus de répondre à des besoins mais de gagner des parts de marché en augmentant l'activité financièrement rentable, tout en réduisant les coûts de production.

Pour assurer l'équilibre des comptes, il faut donc à la fois augmenter les séjours, réduire leur durée, fermer des lits (70 000 en dix ans) et contenir la masse salariale, en bloquant les salaires, en

comprimant les effectifs et en imposant le travail à flux tendu. Cette conception idéologique, qui réduit l'hôpital public à une chaîne de production ou à une plate-forme d'aéroport, tire argument du développement des activités techniques standardisées programmées, comme la pose de pacemakers ou de stents vasculaires, la dialyse, la coloscopie ou la chirurgie ambulatoire, soit les activités privilégiées par les cliniques privées.

Las, elle ignore à la fois l'explosion des passages aux urgences, conséquence du développement des déserts médicaux dans les territoires ruraux et en ville, et le développement des maladies chroniques ; elle fait l'impasse sur le retour des épidémies infectieuses, malgré plusieurs alertes ces dernières années.

Il faudra donc faire le bilan de ces décisions irresponsables

À partir de 2008, la contrainte budgétaire publique a porté essentiellement sur l'hôpital public, auquel on a imposé, en dix ans, 8 milliards d'euros d'économies et auquel on demande encore, pour 2020, 600 millions d'économies. La crise de l'épidémie de bronchiolite à l'automne 2019, pendant laquelle les réanimateurs pédiatriques durent transférer des nourrissons à plus de deux cents kilomètres de leur domicile parisien faute de lits et de personnel, annonçait la catastrophe. Mais elle n'ébranla point les responsables politiques accrochés à leur vision financière de la santé publique.

Il a donc fallu le Covid-19 pour donner raison au Collectif inter-hôpitaux (CIH) et disqualifier en quelques semaines le credo néolibéral : le collier de fer budgétaire des hôpitaux, la tarification à l'activité, la gouvernance d'entreprise transposée à l'hôpital public... Le président Macron a semblé soudainement découvrir que la santé devait échapper aux marchés. Les « *premiers de cordée* » ont laissé la place dans ses discours aux « *héros en blouse blanche* », celles et ceux qui depuis des mois réclament la fin de l'asphyxie budgétaire.

Pas question toutefois pour nos gouvernants d'annoncer clairement une augmentation des salaires pour les personnels hospitaliers non médecins : concernant les salaires des infirmiers, la France arrive pourtant en vingt-huitième position sur les 32 pays étudiés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (4). Pour toute reconnaissance envers les « héros en blouse blanche » qui manquent de masques de protection, M. Gérard Darmanin s'est contenté d'assurer que « *leurs heures supplémentaires seraient payées* ». Monsieur le ministre de l'action et des comptes publics est trop généreux !

Sa goujaterie fait craindre que les leçons de cette épidémie ne soient pas tirées par ceux qui avaient donné la priorité au profit à court terme sur la sécurité ; ceux qui avaient accepté que les principes actifs des médicaments ne soient plus produits en Europe ; ceux qui considéraient comme insensée la construction d'une entreprise pharmaceutique à but non lucratif produisant les médicaments génériques et les dispositifs indispensables ; ceux qui se sont avérés incapables de fournir à la demande masques et solution hydroalcoolique ; ceux qui ont œuvré pendant des années à la démolition de l'hôpital public ; ceux qui ont mis fin à la sanctuarisation des recettes de la Sécurité sociale (5) et y ont puisé cette année 2,5 milliards d'euros pour financer les exonérations de cotisations et la baisse de la contribution sociale généralisée (CSG) décidées à la suite du mouvement des « gilets jaunes ».

Il faudra donc faire le bilan de ces décisions irresponsables et mettre la politique de santé et environnementale au cœur du débat démocratique. En effet, le système de soins se retrouve en bout de chaîne et doit gérer les conséquences sanitaires des choix de politique économique et budgétaire qui creusent les inégalités sociales et géographiques de santé. Treize ans d'espérance de vie séparent les catégories les plus favorisées des plus démunies (6). Le virus ne choisit pas ses victimes, mais les crises sanitaires, économiques et sociales frappent les plus démunis.

« *Le jour d'après* », nous promet le président, ne sera pas un retour au jour d'avant. Nous espérons qu'il sera meilleur, mais il pourrait être pire : tout aussi libéral économiquement mais plus autoritaire politiquement. La politique de santé représentera un test : santé business ou santé

publique ?

L'hôpital public de demain sera hautement technologique, mais il devrait garder sa place de recours médical et social ; à la fois maintenir sa fonction d'hospitalité et permettre l'innovation scientifique. Son financement serait alors majoritairement assuré par un budget global évoluant en fonction des besoins définis avec les professionnels et avec les représentants des usagers — et non en actionnant la calculette de Bercy. Soignants et usagers devront être inclus dans la « gouvernance » des établissements. L'application de la règle du « juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité » remplacera la recherche de la rentabilité pour chaque établissement.

Il va de soi qu'il faudra ouvrir des lits avec des personnels formés là où cela est nécessaire, c'est-à-dire en aval des urgences pour mettre fin aux hospitalisations prolongées pendant des heures sur des brancards et en aval des soins aigus impossibles, pour des raisons médicales ou sociales, à poursuivre au domicile des personnes qui en ont besoin. Les managers français sont obsédés par la réduction de 30 % des lits pour pousser au « tournant ambulatoire ». L'Allemagne, elle, dispose de 50 % de lits en plus et du double de lits de réanimation par habitant.

En ville comme à l'hôpital, la qualité des soins repose sur le travail en équipe — médicale et paramédicale — avec des personnels en nombre suffisant, formés et stables. Cela implique une coordination structurée entre les professionnels : qu'ils soient de premier recours (médecins généralistes en secteur 1 et infirmières libérales), spécialistes, hospitaliers, ou exerçant en centres de soins de suite et de rééducation, ou encore, dans le champ médico-social, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Et cela nécessite aussi la participation aux équipes soignantes de « patients experts » — ces patients souffrant de maladies chroniques qui ont accumulé des connaissances, appris à vivre avec et qui peuvent accompagner d'autres malades. Toute cette qualité doit être évaluée, notamment par les pairs et par les patients. Ce qui est impossible si l'on ne renonce pas au modèle anglo-saxon du « paiement à la qualité » conduisant à soigner les indicateurs plutôt que les personnes.

Construire un service de la médecine de proximité devient indispensable, avec la possibilité pour les professionnels qui le souhaitent de choisir le salariat et la nécessité de restreindre la liberté totale d'installation sur le territoire national, en particulier pour les médecins libéraux choisissant le secteur 2 avec dépassements d'honoraires. D'une façon générale, il faudrait avoir le courage politique de revenir sur les décisions qui ont conduit progressivement au délitement du secteur 1, dit conventionné, moyennant la revalorisation des rémunérations des médecins généralistes. La Sécurité sociale, donc la socialisation de la dépense de santé, n'est en effet pas compatible avec la liberté de fixer les honoraires « à la tête du client ».

Le métier d'infirmier dit de « pratique avancée » à partir de la validation des acquis de l'expérience (VAE) doit être développé et ceux qui le choisissent doivent bénéficier d'un statut et d'une reconnaissance salariale, en ville comme à l'hôpital. Ces infirmiers cliniciens travaillant en équipe avec des médecins pourraient suivre un certain nombre de patients et adapter leurs traitements.

Revenir à l'esprit qui présida à la création de la Sécurité sociale

La France se glorifie d'être en troisième position mondiale pour les dépenses de santé calculées en pourcentage du produit intérieur brut. Mais elle tombe à la douzième place lorsqu'on les rapporte au nombre d'habitants (7). En 2018, selon l'OCDE, les dépenses de santé représentaient 5 847 dollars (5 200 euros) en Allemagne, 4 931 dollars (4 300 euros) en France. Comparée aux pays européens comparables, notre structure de dépense se caractérise par la faiblesse de la place consacrée à la prévention, l'importance des inégalités sociales et géographiques malgré la couverture maladie universelle, la modération des revenus des professionnels hospitaliers (en dehors du secteur privé) et de ceux du premier recours — laquelle pousse à multiplier les actes. Il nous faudra donc à la fois porter les salaires des hospitaliers au niveau de la moyenne des pays de l'OCDE, soit plus que la revendication légitime de 300 euros par mois pour les personnels non médicaux avancée par les

collectifs et les syndicats. De même, il faudra proposer aux médecins généralistes une solution de rechange au paiement à l'acte (25 euros la consultation), qui se traduit par des consultations courtes mais fréquentes. Et finalement des rendez-vous saturés.

Enfin, élaborer une vraie politique pour améliorer la pertinence des actes et des prescriptions suppose la participation de tous les acteurs concernés — des sociétés savantes aux associations de patients en passant par les enseignants, les syndicats de médecins et de professions paramédicales, en collaboration avec la Haute Autorité de santé et la Sécurité sociale.

Ainsi pourrions-nous enfin passer d'un système centré sur la maladie et le soin à un système de santé centré sur la personne — ce qui inclut la prévention individuelle et collective. Car l'état de santé de la population dépend de déterminants sociaux, comme l'accès au logement, à l'éducation, la cohésion sociale, la qualité de l'environnement physique, etc. Cela implique également une prise en charge globale, à la fois biomédicale et psychosociale. Le patient ne sera donc pas un consommateur faisant librement son marché et le professionnel un prestataire comme un autre, mais l'un et l'autre deviendront les acteurs d'un système solidaire prenant en charge à 100 % un panier de prévention et de soins dont les limites devront être fixées après un débat de démocratie sanitaire.

Cependant, pour espérer pouvoir mettre en œuvre cette orientation traitant la santé comme un « commun » échappant à la logique du profit et ne devant être ni étatisé ni privatisé, il faudra revenir à l'esprit des « jours heureux » qui présida à la création de la Sécurité sociale et à la grande réforme hospitalière de 1958, celle qui fit entrer l'hôpital dans la modernité biomédicale avec la création des centres hospitaliers universitaires (CHU) où s'articulent soin, recherche et formation (8).

L'histoire montre que les systèmes de santé ne peuvent connaître des réformes d'ampleur que dans des conjonctures sociales et politiques critiques. Dans le cas français, ce furent la Révolution française, la sortie de la seconde guerre mondiale, la crise algérienne et l'avènement de la Ve République, ou encore mai-juin 1968. Le caractère inédit de la pandémie de Covid 19 peut fournir une telle occasion. En attendant, on ne peut que répéter les mots du docteur François Salachas, neurologue au CHU-Pitié Salpêtrière (Paris), à l'adresse de M. Macron, le 27 février dernier : « *Monsieur le président, vous pouvez compter sur nous. L'inverse reste à prouver.* »

André Grimaldi & Frédéric Pierru

Respectivement professeur émérite au centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière (Paris) et sociologue, chercheur au Centre national de la recherche scientifique (CNRS) - Centre d'études et de recherches administratives, politiques et sociales (Ceraps), université Lille II. Ils ont dirigé l'ouvrage *Santé urgence*, Odile Jacob, Paris, à paraître prochainement.

(1) *Les Échos*, Paris, 6 janvier 2015.

(2) *L'Obs*, Paris, 12 janvier 2016.

(3) Lire « [Hôpital entreprise contre hôpital public](#) », *Le Monde diplomatique*, septembre 2006, et « [Le cauchemar de "l'hôpital du futur"](#) », *Le Monde diplomatique*, octobre 2019.

(4) « [Panorama de la santé](#) », OCDE, Paris, 2019.

(5) La loi Veil de 1994 imposait le remboursement intégral du manque à gagner pour la Sécurité sociale des exonérations de cotisation. M. Macron ne l'applique plus depuis 2019.

(6) Nathalie Blanpain, « [L'espérance de vie par niveau de vie](#) » (PDF), série des documents de travail de la Direction des statistiques démographiques et sociales, n° F1801, Paris, février 2018.

(7) « [Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019](#) ».

(8) Cf. Pierre-André Juven, Frédéric Pierru et Fanny Vincent, *La Casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, Paris 2019 (accessible gratuitement sur le site de l'éditeur, en soutien aux personnels du service public hospitalier).

