

Un livre important d'André Grimaldi *L'Hôpital nous a sauvés, sauvons-le !*

Gustave Massiah

André Grimaldi vient de publier un livre très important, *L'Hôpital nous a sauvés, sauvons-le !* Avec une belle préface d'Alain Supiot¹. Un livre incisif de cent pages, un manifeste sur une question vitale, pour la santé publique. Un manifeste qui, après un diagnostic et un traitement, propose dix mesures pour sauver l'hôpital public.

Il part d'un constat : l'hôpital est malade. Chaque semaine, on assiste à la fermeture totale ou partielle, la nuit, d'un service d'urgences. Entre 5 et 30 % des lits sont fermés par manque de personnel. Il y a une pénurie croissante de sages-femmes dans les maternités. Et pourtant l'hôpital public a pris en charge 85 % des patients atteints par le covid. L'hôpital n'est pas seulement la référence en matière de santé, il joue un rôle essentiel dans les territoires, c'est souvent le premier employeur local. Le choc de la pandémie et de la crise sanitaire du covid met en avant le débat sur la refondation de l'hôpital public. Il y a une grande urgence car, comme l'explique André Grimaldi, la frustration alimente la fatigue démocratique.

Le diagnostic

Pour sauver l'hôpital public, André Grimaldi présente un diagnostic, propose un traitement et met en avant dix mesures. Le diagnostic explicite les trois maladies aux effets cumulatifs qui minent l'hôpital public : l'hôpital est malade des défaillances de la médecine de ville ; il est malade des défauts de la grande réforme de la médecine en 1958 ; il est malade de la politique de l'hôpital-entreprise, sous contrainte budgétaire, qui caractérise la gestion étatique actuelle.

La médecine libérale, depuis sa charte de 1927, défend le travail solitaire en cabinet, la liberté d'installation, le paiement à l'acte. Les syndicats médicaux majoritaires sont hostiles, jusqu'à la fin des années 1990, à un service public de la médecine de proximité, une médecine de premier recours, avec des professionnels médicaux qui travailleraient en équipe et accepteraient des rémunérations forfaitaires. Le syndicat des médecins généralistes (MG France), créé en 1986, demande la fin du « tout paiement à l'acte ». Un changement est amorcé avec les nouvelles formes d'exercice, les 500 centres de santé, les 2000 maisons médicales pluri-professionnelles, les 200 communautés professionnelles de territoires de santé.

Au début des années 1970, on met place un *numerus clausus* pour limiter le nombre des médecins, sous prétexte, « qu'en santé, c'est l'offre qui détermine la demande ». Alors qu'on aurait pu relativiser le paiement à l'acte, revoir la répartition des activités entre médecins et paramédicaux travaillant en équipe, réguler la liberté d'installation. La participation des médecins libéraux à la permanence des soins n'étant plus obligatoire, moins de 40 % des médecins généralistes prennent encore des gardes et pour beaucoup l'hôpital est devenu le médecin traitant de premier recours.

Le refus de toute contrainte sur la liberté d'installation, contrairement à d'autres pays, se traduit par le développement, en France, des déserts médicaux. La question des déserts médicaux est fortement posée². Parmi les plus de 17 ans, 6,3 millions de personnes sont sans médecin traitant en France, selon

¹ André Grimaldi, *L'Hôpital nous a sauvés, sauvons-le*, Préface d'Alain Supiot, Paris, Odile Jacob, 2022.

² *Alternatives économiques*, n° 428, novembre 2022, *Déserts médicaux : faut-il contraindre l'installation des médecins ?* entretien avec Elise Fraih qui préside [l'intersyndicale Reagiir](#) (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants) et Laure Artru est vice-présidente de [l'Association de citoyens contre les déserts médicaux \(ACCDM\)](#), créée en 2016 pour alerter contre le manque de médecins et l'injustice sociale qui en découle.

l'Assurance maladie. Une quarantaine de départements sont désormais sous le seuil critique de 40 spécialistes pour 100 000 habitants, contre une vingtaine en 2012. Les médecins sont les seuls professionnels de santé dont la répartition géographique ne fait pas l'objet d'une régulation ; sages-femmes, infirmiers ou encore pharmaciens ne peuvent pas s'installer où ils le souhaitent. Il est temps de remettre en cause la liberté totale d'installation des médecins pour lutter efficacement contre les déserts médicaux, ne serait-ce qu'en conditionnant l'installation dans les territoires de santé ayant une densité médicale située dans le quintile supérieur à un départ en retraite. Un désert médical est souvent sous-doté non seulement en médecins et en professionnels de santé, mais aussi plus largement en services publics et en infrastructures. La lutte contre les déserts médicaux passe par l'exercice pluri-professionnel, incarné par les maisons de santé et les centres de santé, où exercent non seulement des médecins mais aussi des paramédicaux, des patients ressources et des médiateurs de santé pratiquant une nouvelle médecine : la médecine « communautaire » (non communautariste). Leur création relève de la responsabilité de l'État (les ARS) agissant en coordination avec les collectivités territoriales et les CHU, avec l'aide de la fédération des centres de santé et des maisons de santé.

L'hôpital public est malade des limites de la réforme, progressiste, de 1958. La création des CHU, les Centres hospitaliers universitaires, était une grande avancée. Elle a instauré le travail à temps plein des médecins hospitaliers ; la triple mission de soins, d'enseignement et de recherches ; la fin progressive des salles communes et l'humanisation de l'hôpital. La biologie a remplacé l'anatomie comme référence. Mais, il avait fallu accepter une concession, la création d'un secteur privé dans l'hôpital public. Avec le temps, les aspects négatifs se sont accentués. On a vu s'accroître la coupure de l'hôpital avec la ville, la sur-spécialisation au détriment de la prise en charge globale, la difficulté de prise en charge des patients admis aux urgences et qui n'ont pas trouvé de place dans les services spécialisés. On a vu aussi la hiérarchisation du pouvoir entre les hospitaliers universitaires et les praticiens hospitaliers. Et tandis que la profession se féminisait, plus on montait dans la hiérarchie médicale hospitalière, moins il y avait de femmes.

Deux missions se rajoutent aux trois précédentes, les soins, l'enseignement et la recherche. Il s'agit de la gestion et des activités de santé publique. On peut distinguer quatre médecines : les maladies bénignes en ville, les maladies graves et complexes à l'hôpital, au détriment des maladies chroniques, et de la santé publique. En fait, la spécialisation marginalise les généralistes. Au détriment de la nature intrinsèque de la médecine, la singularité de la prise en charge de l'acte thérapeutique et la relation médecin-malade. La médecine devient une médecine prescriptive d'actes et d'examen plus qu'une médecine préventive. La santé publique est reléguée et marginalisée. Le système de soins répare plus qu'il ne soigne et surtout ne prévient. En santé publique de terrain, les soignants doivent aller vers les personnes les plus éloignées des services de soins. Les médecins libéraux se méfient de la santé publique ; ils y voient la main de l'État. Les hospitaliers centrés sur les progrès de la biotechnologie se méfient des professionnels de santé publique qui ne sont pas médecins.

La troisième maladie de l'hôpital résulte de l'application à la santé de la politique néolibérale dominante à l'échelle mondiale. L'hôpital public a été fragilisé par la réforme des 35 heures qui n'a pas été compensée par une embauche de personnel suffisante, avec un blocage des salaires, une optimisation des temps de travail « à la minute », des horaires variables d'une semaine à l'autre, une instabilité des jours de repos, une mobilité imposée des affectations. Les gains de productivité se sont accompagnés de l'impossibilité pour les infirmières d'assurer le suivi des patients et par la remise en cause du travail d'équipe.

La logique néolibérale imposée à l'Hôpital est simple : tout ce qui peut être mesuré doit être valorisé et mis en concurrence sur le marché. La seule bonne gestion est la gestion privée fondée sur l'intéressement financier d'un prestataire. La gestion publique est alignée sur la gestion privée. La tarification à l'activité a été généralisée aux activités de soins. La convergence tarifaire est instaurée entre hôpitaux publics et cliniques commerciales. Les cliniques commerciales sont dominées aujourd'hui par quatre chaînes internationales financiarisées (Ramsay, Elsan, Vivalto, Almayviva) qui

choisissent les activités profitables et délaissent les activités non rentables. Les professionnels peuvent y gagner deux à quatre fois plus qu'à l'hôpital et les patients doivent payer les dépassements.

La gouvernance d'entreprise est imposée en 2009, par la loi Bachelot avec la suppression du secteur public hospitalier, et la transformation des services cliniques en pôles de gestion. La tarification par activité a permis de mettre en œuvre la concurrence avec le privé lucratif et l'adoption par l'hôpital d'une gestion privée de type commercial. L'hôpital est devenu une entreprise comme une autre, il doit chercher à vendre ; il faut tout mesurer pour tout valoriser. Le business plan a remplacé le projet médical. À partir de 2010, il s'agit de réduire les dépenses de santé. Les tarifs sont dissociés des coûts réels. Le parlement vote ainsi chaque année le déficit des hôpitaux. Comme dans l'industrie automobile, la règle devient : pas de stock, des flux. Le taux d'occupation des lits doit atteindre 100 %. En 15 ans, 70 000 lits ont été fermés, l'investissement a baissé de 40 %, les tarifs ont baissé de 7 % et la dette est passée de 10 à 30 milliards.

À partir de 2019, ce sont les crises en cascade ; la psychiatrie, les EHPAD, les urgences, la crise généralisée des hôpitaux. En 2020, 10 milliards sont accordés aux augmentations salariales mais sans aucun changement des modes de financement et de la gouvernance des hôpitaux. La fermeture des lits a continué ; avec 3 400 en 2019 et 5 700 en 2020. Malgré l'opposition des soignants et de la majorité des citoyens, les gouvernants s'appuient sur les sociétés de consulting (Capgemini, Boston Consulting, Mac Kinsey, Ylios, Eurogroup). C'est la promotion de la novlangue (le client remplace le patient ; on ne répond plus à des besoins, on gagne des parts de marché ; on fragmente les collectifs de travail, on restructure en rattachant les services de soins dans les pôles de gestion). On cherche des boucs émissaires, on répète que les syndicats sont conservateurs, les médecins sont attachés à leurs privilèges, le statut est ringard, l'État est sclérosé. On détourne les propositions, par exemple, la territorialisation ne cherche plus à construire un service public ville-hôpital intégré mais à dissoudre le service public dans des partenariats public privé : au privé le rentable, au public le reste.

Le traitement

Les crises se succèdent et leurs effets se cumulent ; crises climatiques, économiques et sociales, démographiques et migratoires, politiques. Toutes provoquent des crises sanitaires. L'ensemble forme une catastrophe. André Grimaldi rappelle que la santé est une fonction régaliennne de l'État. Le discours du président de la République, en mars 2020, rappelait pour calmer le jeu, le principe de la santé gratuite, pour chacun et chacune, pour tous et toutes, sans conditions de revenu, de parcours ou de profession. Il admet que ce qui définit la santé, ce ne sont pas des coûts ou des charges ; que ce sont des biens précieux, des atouts indispensables. Le risque est réel de voir s'imposer, pour la santé, la gouvernance verticale et le manque d'efficacité de l'État centralisé et bureaucratique. Alors que la priorité est d'appliquer à la santé les principes de subsidiarité, de démocratie participative et une vraie décentralisation.

Le traitement proposé par André Grimaldi est de considérer la santé comme un bien commun supérieur qui se traduit par un service public de santé intégré, ville-hôpital, cogéré entre l'administration et les professionnels, avec la participation des usagers et des collectivités territoriales.

Pour cela, la priorité est de renforcer la première ligne de défense, la médecine de premier recours, et de reconstruire l'hôpital public menacé d'effondrement. La stratégie s'appuie sur quatre recommandations. La première recommandation concerne l'organisation de la territorialité du système de santé ; elle implique une juste répartition des moyens sur le territoire, l'absence de sélection des patients, la participation à la permanence des soins, l'application du juste soin au moindre coût pour la collectivité et sans dépassement des honoraires. La seconde recommandation porte sur la reconnaissance du travail en équipe pluri-professionnelle qui s'appuie sur un projet territorial de santé validé par les agences régionales de santé et les collectivités territoriales. La troisième recommandation

met en avant l'organisation d'un service public de santé ; il peut inclure des professionnels libéraux, des centres ou des établissements privés s'ils respectent les principes du service public. La quatrième recommandation porte sur la protection des établissements publics qui ne peuvent pas être vendus ou rachetés par des groupes commerciaux privés comme on a pu le voir récemment.

Dix mesures pour sauver l'hôpital

La santé est un bien commun supérieur qui conditionne la jouissance de tous les autres.

Il faut la soumettre au débat démocratique et tirer les leçons de la crise pandémique. Le traitement se traduit par dix mesures pour sauver l'hôpital. Il s'agit en fait de dix ensembles de mesures complémentaires qui définissent un programme d'action complet et cohérent.

Les dix ensembles de mesures :

1. Préparer un plan quinquennal de santé publique, décliné par région, en en fixant la temporalité et le financement.
2. Réduire les actes et les examens inutiles ; supprimer des rentes et les frais de gestion des assurances santé complémentaires. Supprimer les visites médicales promotionnelles des industriels auprès des médecins, la présentation des médicaments sur internet est suffisante.
3. Limiter la tarification à l'activité aux activités standardisées programmées, financer les soins palliatifs par un prix de journée, utiliser la dotation annuelle évoluant d'une année sur l'autre en fonction de critères simples d'activité, rejeter la pensée managériale des grandes surfaces commerciales et des compagnies aériennes de marché dans la gestion hospitalière.
4. Améliorer la qualité des soins en la faisant évaluer anonymement par les patients et les professionnels et en publier les résultats, renoncer au paiement dit à la qualité, le « pay for performance ».
5. Introduire la cogestion entre administration et soignants avec la participation des usagers ; redonner le pouvoir aux services cliniques, dissocier les responsabilités de gestion des titres universitaires ; reconnaître les cinq missions des équipes médicales.
6. Recruter et former 100 000 infirmières et infirmiers ; revaloriser la permanence des soins, le travail de nuit, des week-ends, des jours fériés, porter le montant des salaires au niveau des pays européens frontaliers, développer les infirmières spécialisées sur la base de la validation des acquis d'expérience et de formation, avec une reconnaissance du statut et une promotion salariale.
7. Construire le service public de santé intégré ville-hôpital, introduire une planification sanitaire décentralisée, en concertation avec les agences régionales de santé, les collectivités locales, les établissements publics et privés.
8. Aider à la résorption des déserts médicaux : établir des contrats d'engagement en échange d'un salaire pendant les études, définir un statut de praticien détaché dans un désert médical, organiser des consultations spécialisées hospitalières à la demande des généralistes, faciliter la télémédecine, encourager les maisons de santé pluri-professionnelles.
9. Simplifier l'admission en faculté de médecine à partir des différentes filières universitaires. Transformer les facultés de médecine en facultés de santé. Reconnaître la formation professionnelle certifiante financée par une taxe sur les industries de santé proportionnelles aux dividendes versés à leurs actionnaires.
10. Doubler les moyens attribués à la recherche médicale.

Les dix mesures sont complétées par un plan d'urgence pour les urgences. Il propose de réguler l'accès aux urgences par un appel téléphonique préalable à l'accès aux soins par les médecins hospitaliers ou généralistes ; d'embaucher et de garder les infirmières et infirmiers sortant des écoles en revalorisant

les salaires et les conditions de travail, de créer des services de médecine polyvalente d'aval des urgences avec des lits en nombre suffisant ; d'instaurer une participation aux gardes de l'ensemble des médecins hospitaliers et libéraux du territoire n'ayant pas de consultation sans rendez-vous.

La préface d'Alain Supiot

Le livre est introduit par une belle préface d'Alain Supiot. L'hôpital public s'effondre. Comment en est-on arrivé là et comment rétablir notre système de santé ? La réponse est dans le diagnostic et le traitement exposés par André Grimaldi. Alain Supiot part du constat que de nombreux soignants quittent avec peine les hôpitaux. Beaucoup partent et les candidats se font rare pour les remplacer ou venir en renfort. Entre renoncer à soigner les malades et être contraints de les maltraiter, que choisir ? Le gouvernement face à cette sécession silencieuse, pense qu'il n'y a qu'une seule réponse, l'argent, le signal prix. C'est ce qui le conduit à créer des postes de contractuels mieux payés que le personnel statutaire et à accélérer la dislocation des collectifs de travail engendrée depuis vingt ans par la gouvernance de l'hôpital par les nombres. Il complète par le signal prix d'une pénalité financière et une réorientation des patients pour sauver les services d'urgence submergés par l'incapacité de la médecine de ville à assurer les soins de premier secours

Alain Supiot rappelle que préserver la vie humaine a toujours été une des premières fonctions du politique et est une mission d'intérêt public aussi loin que l'on remonte dans l'histoire des institutions, de Babylone à l'empire romain et pendant tout le Moyen Âge. Le tournant majeur accompagne l'instauration de l'État social, invention juridique des démocraties du XX^e siècle ; il repose sur la solidarité et non sur la charité et se traduit par les services publics et la Sécurité sociale. L'hôpital public repose sur ces deux piliers de l'État social complétés par l'Assurance maladie créée en 1946. Comme l'explique André Grimaldi, la charte de la médecine libérale de 1927 a mis en danger la médecine de premier recours et le service public de la médecine. C'est la marque du néo-corporatisme à la française.

Les impasses du modèle de l'hôpital-entreprise, explique Alain Supiot, sont celles de la gouvernance par les nombres. Ce nouveau régime normatif, renforcé par l'imaginaire cybernétique, appréhende les humains comme des machines communicationnelles mues par des calculs d'utilité et capables d'atteindre des objectifs chiffrés, qu'on leur impose par des indicateurs chiffrés, en rétroagissant par rapports aux signaux. Ce modèle de management des entreprises s'est étendu à l'administration publique, au management public. C'est le « new public management » qui accompagne, depuis le traité de Maastricht, le pilotage des États membres. Dans l'hôpital public, les soignants dénoncent, depuis 2015, avec la tarification à l'unité, l'impératif de « soigner l'indice plutôt que le patient ».

Alain Supiot explicite cette obstination qui répond à un objectif, celui de la privatisation du système de santé qui avec 220 milliards d'euros représente un eldorado. La politique mise en œuvre, celle du salami, consiste à privatiser l'ensemble par petites tranches. La remise en cause de la solidarité au profit de la charité a été confirmée par l'Organisation mondiale du Commerce, l'OMC, en 1994 en donnant la primauté à la propriété des brevets commerciaux sur le droit à la santé. En dynamitant les assurances complémentaires, on prétend augmenter le pouvoir d'achat sans augmenter les salaires, en supprimant les cotisations sociales sans augmenter les impôts. Cherchez la mystification ! Si l'État ne puisait pas dans les caisses de la Sécurité sociale, pour baisser les cotisations sociales, celle-ci serait excédentaire depuis plusieurs années. La privatisation et la financiarisation de l'hôpital public reviendraient à indexer l'activité hospitalière sur la création de valeur pour les actionnaires au détriment de la qualité des soins, comme on a pu le voir pour les Ehpad.

Les dix mesures sont urgentes, il faut les discuter dans des états généraux de la santé mettant en avant le principe de la démocratie sanitaire. Alain Supiot insiste : il faut lire, relire et faire lire le livre d'André Grimaldi.

Novembre 2022

Gustave Massiah est ingénieur, membre du Conseil international du Forum social mondial, ancien président du CRID, membre du Conseil scientifique d'Attac, auteur de *Une stratégie altermondialiste* (La Découverte, 2011).