

Entretien

Sauver l'hôpital public !

samedi 2 avril 2011, par [GRIMALDI André](#) (Date de rédaction antérieure : septembre 2009).

ContreTemps : Dans votre livre, vous dites que « la mort de l'hôpital public est annoncée pour 2012 ». Le propos n'est-il pas par trop alarmiste ?

André Grimaldi : 2012 était la date programmée pour réaliser la convergence des tarifs entre le public et le privé. Pour les mêmes pathologies, le financement des hôpitaux et des cliniques privées devait devenir identique, ce qui grosso modo signifiait une diminution de 30% des crédits de l'hôpital public. Donc le coulage de l'hôpital public. Les conséquences en chaîne sont, en effet, évidentes : si des opérations, par exemple de la cataracte, de la prothèse de la hanche, ou relevant de tout autre geste technique, sont déficitaires à l'hôpital, elles ne s'y feront plus et donc elles n'y seront plus enseignées, et ce sera du même coup la fin des CHU !

Le résultat positif du mouvement de mobilisation contre la loi Bachelot est le report de cette échéance à 2018. L'échéance de 2012 avait été actée par une loi parlementaire. Le directeur de cabinet de Roselyne Bachelot, après nous avoir expliqué que le ministère n'était pas accroché à cette date, nous a dit qu'il était exclu qu'elle le déclare publiquement car elle « sauterait dans les quinze jours ». Jean-Marie Roland, rapporteur UMP de la loi, nous a expliqué qu'une telle remise en cause provoquerait la « révolution au Parlement », ajoutant : « Vous ne connaissez pas les lobbys du Sud ? »... Il s'agit des cliniques privées du sud de la France, dont l'influence au Parlement est telle qu'il n'était pas question de mettre en cause ce qu'elles avaient réussi à imposer. Bref, la mobilisation a permis de rendre possible ce qui était considéré impossible.

Il faut préciser que ce succès ne résulte pas de la seule mobilisation. Les rédacteurs de la loi, la Fédération hospitalière de France, présidée par Claude Evin, le demandaient également. Il faut dire que la convergence des tarifs est pratiquement inapplicable tant que le mode de rémunération des chirurgiens - qui réalisent 80% des activités des clinique privées - ne sera pas le même dans le privé et dans le public. Alors que les salaires des chirurgiens hospitaliers sont inclus dans le tarif de l'acte réalisé, dans les cliniques les honoraires des chirurgiens sont à part, de même que le coût de leurs assurances en partie pris en charge par la Sécurité sociale : la clinique loue ses locaux et ses moyens, mais le chirurgien paie sa secrétaire, gère ses honoraires (et ses dépassements d'honoraires), qui ne sont pas compris dans les tarifs de la clinique. Donc, tant que la structure du coût de l'acte médical n'est pas comparable, la convergence des tarifs n'est pas réalisable.

La loi vise à les rapprocher, par des paiements à l'activité pour les chirurgiens hospitaliers, ce qui leur permet d'intervenir le matin à la clinique et l'après-midi à l'hôpital, et en envisageant même la pratique des honoraires libres à l'hôpital. Reste à réaliser la convergence des statuts et des modes de financement. C'est d'autant plus délicat que, dans le privé, les dépassements d'honoraires peuvent être extrêmement différents, par exemple entre 300 et 1500 euros pour une cataracte. Il faut donc arriver à fixer des limites, introduire une certaine régulation dans cette jungle... Ces

difficultés expliquent le recul de la ministre face aux exigences de la Fédération hospitalière du privé et des internes de chirurgie qui menaçaient d'entrer en action contre la loi.

La date de 2012 n'est donc pas maintenue. Reste que la mort de l'hôpital public, au sens où nous l'entendons, est programmée. Elle est portée par ce mot d'ordre de la convergence entre le public et le privé, qui amène à introduire du privé dans le public et quelques règles « publiques » dans le privé pour parvenir à un système unique. Du fait des difficultés rencontrées et de la mobilisation, la mort de l'hôpital public a bien été retardée, et l'agonie en sera plus longue... Mais ne l'oublions pas : ce que la volonté présidentielle a annulé en un jour, elle peut le rétablir un autre jour avec le même arbitraire. Tout dépendra de la situation et de la capacité à privatiser le service public.

On entend beaucoup évoquer la « T2A » : que signifie ce sigle mystérieux ?

A.G. : Le cadre du budget alloué à la santé est fermé : l'enveloppe est votée par le Parlement, et elle est commune au privé et au public. La T2A [Tarification à l'Activité] est une technique de financement, une transposition à l'hôpital du paiement à l'acte. Technique qui permet de stimuler l'activité, à condition qu'elle soit rentable : il faudrait aussi souhaiter qu'elle soit utile (voir la multiplication des césariennes, des endoscopies, des pacemakers, des angioplasties...). Certains pays l'ont adoptée en la corrigeant par des coefficients différents. Ici on l'applique à 100%, ce qui fait que les missions de service public se voient allouer 12% de l'enveloppe budgétaire nationale, sans justification rationnelle : en fait, c'est ce qui restait !

Plusieurs modes de financement sont possibles : le paiement à la journée (pratiqué jusqu'en 1983), le paiement par budget global en fonction des activités, le paiement à l'acte. Sans doute conviendrait-il de faire jouer ces divers modes : les soins palliatifs ou la psychiatrie (qui n'est pas entrée dans la T2A) relèvent logiquement du paiement à la journée, les actes techniques du paiement à l'activité. Les budgets avec coefficients en fonction des bassins de santé ou des pathologies ont été appliqués dans certains pays et ont, par exemple, permis de réduire les listes d'attente. Il s'agit là d'outils techniques dont on peut faire ce qu'on veut. Dans notre cas, on veut utiliser la T2A pour créer un pseudo marché, à partir d'un coût moyen national fixé par une échelle des coûts révisée chaque année. Ce qui conduit à ce que 50% des hôpitaux soient, par définition, en déficit, situation qui amène à leur demander de développer des activités rentables et à se débarrasser de celles qui ne le sont pas, et si cela ne suffit pas à mettre en place des plans sociaux, autrement dit des suppressions d'emplois.

En matière de santé, et au regard des réformes envisagées, les enjeux financiers apparaissent déterminants.

A.G. : On nous explique que l'application de la réforme ne créera pas de problème, dès lors que le malade est bien soigné et remboursé de la même façon. Mais le coût de la santé ne sera plus du tout le même, il variera selon les pathologies, les risques et les moyens de les financer. C'est cela l'enjeu.

Le budget de la santé, c'est en France 11% du PIB, derrière les Etats-Unis (16%) et la Suisse, et devant l'Allemagne. Si on laisse de côté la dimension proprement économique du problème, à savoir comment tout cela est calculé et surtout ce que cela signifie, reste que nous avons été éduqués dans l'idée que la médecine coûte. Et que la collectivité, dont les moyens ne sont pas illimités, paye pour chacun, donc que ce qui est gaspillé d'un côté est retiré de l'autre : l'excès de dépenses en médicaments explique le faible remboursement des soins dentaires ou des lunettes...

Le code de déontologie médicale a établi la règle que si le médecin doit rechercher le juste soin pour le patient, il doit chercher à l'obtenir au moindre coût, et cela pour des raisons éthiques. Donc le souci économique existe pour les médecins.

Les financeurs, eux, raisonnent en termes de rentabilité, estimant qu'il y a des choses qui rapportent et d'autres non. Pour déterminer cela, il faut créer un marché, diminuer les coûts de production et créer des besoins de consommation dont la solvabilité sera fournie par le malade ou par les assureurs.

Pourtant, en médecine, il existe beaucoup d'activités rentables parfaitement inutiles ! Par exemple le paiement à l'acte peut conduire le médecin, qui estime devoir défendre son niveau de revenu – la question de savoir combien un médecin doit gagner dans une société donnée reste ouverte –, à multiplier des consultations uniquement pour renouveler une ordonnance sans utilité avérée.

Mais surtout s'impose un nouvel acteur : les assureurs, les actionnaires, qui exigent une part croissante de la distribution de la rente santé payée par la collectivité

Comme dans d'autres secteurs, en particulier l'université, il semble qu'un des axes essentiels de la réforme soit la question dite de la gouvernance...

A.G. : La spécificité de l'hôpital public est l'existence de différents métiers qu'on ne saurait confondre. A la différence de l'université, où les responsables sont tous issus de la même corporation, à l'hôpital public le directeur est un gestionnaire, formé par une école spécifique, qui ne connaît pas grand-chose à la médecine ; et, à l'inverse, les médecins ne sont a priori pas capables de gérer un hôpital avec toute sa logistique complexe, par exemple ici la nécessité de nourrir trois fois par jour 1500 personnes, ou là d'assurer l'entretien et la modernisation des locaux et planifier les investissements.

Pour le gouvernement il y a une vraie difficulté. Pour appliquer une nouvelle politique de « retour à l'équilibre financier », la pratique efficace est celle de la cogestion, qui permet d'impliquer les médecins dans la logique comptable. Elle permet une collaboration entre des directeurs et des médecins. Or la loi a interrompu ce mouvement, en donnant un pouvoir absolu aux directeurs. Un Chef et un seul ! On sait ce que donne cette fascination pour le pouvoir à l'allemande : une pratique à l'italienne !

Cette loi impose une extrême centralisation du pouvoir : le Président nomme en Conseil des ministres douze directeurs d'agences régionales de santé (ARS), qui ont tout pouvoir sur les directeurs d'hôpitaux, qui à leur tour ont tout pouvoir sur les médecins gestionnaires auxquels incombe, en bout de ligne, d'appliquer les suppressions d'emplois. Mais ces derniers ne se voient pas en chefs d'entreprise, et ce rôle ne correspond en rien à leur statut et à leur salaire.

D'où une fragilité importante du projet. Je prends l'exemple de l'hôpital où j'exerce, la Pitié-Salpêtrière, avec ses onze pôles qui regroupent chacun cinq à six services : si on demande aux chefs de pôles de supprimer des postes, huit sur les onze vont dire que ce n'est pas leur job. Et si le directeur veut passer en force, ils remettront leur tablier sans que personne ne les remplace.

La situation est différente dans les établissements privés à but non lucratif – qui, en France, sont très minoritaires – où les médecins ont un statut contractuel : ils ne prennent pas la parole, ne manifestent pas, car ils peuvent être remerciés. A l'hôpital Saint-Joseph, avec 400 suppressions d'emplois, qui succèdent à 400 autres, et la fermeture des services, tout le monde se tait. C'est pire dans le privé à but lucratif : à la Générale de Santé, tout va bien ! Ce n'est pas encore notre cas, notre garantie de l'emploi nous permet une certaine liberté de parole et d'action. Il est vrai que l'évolution actuelle du service public tend à imposer un « devoir de réserve », une autocensure, comme dans le privé.

N'empêche que lorsqu'il s'agira, avec la nouvelle loi, de privatiser, licencier, fermer des services, les

médecins des hôpitaux publics n'auront plus aucune raison de se sentir impliqués et d'être les exécuteurs des décisions des autres. Face à des gestionnaires du type businessmen, les choses sont assez claires, alors que la cogestion brouillait davantage les cartes. Lorsqu'on annonce, cette année, la suppression de 1200 emplois à l'Assistance publique de Paris, pour des raisons purement comptables, les syndicats des médecins et des chirurgiens s'y opposent, avec les syndicats des personnels, et un vote commun se fait, ce qui n'est pas habituel. Alors qu'on voit le président de la Commission médicale, investi dans la gestion, voter pour, au nom de la politique du moindre mal, tout comme certaines associations de patients.

Finalement le budget a été adopté à une faible majorité. On voit l'utilité de la cogestion. Il n'a été repoussé qu'à Rouen et à Caen. Il est vrai que la loi prévoit que les médecins n'auront plus à voter, ce sera plus simple ! Mais du même coup ils n'auront plus à relayer les décisions.

On ne saurait sous-estimer la cohérence de la politique qu'on veut nous imposer. Elle vise à créer de force un pseudo marché, à donner tout le pouvoir à un décideur lui-même révocable. Cette loi repose sur le principe qu'il n'y a pas d'autre motivation que l'argent et le pouvoir. Un antihumanisme assumé qui va à l'encontre de l'idéologie médicale. D'autant que, dans une première phase, le discours libéral était qu'il fallait en finir avec l'esprit de sacerdoce des médecins passant leur vie à l'hôpital. Les mêmes accusent maintenant les hospitaliers de ne pas travailler assez, d'être des fonctionnaires et donc par définition des paresseux. D'où le choc en retour de ceux qui considèrent qu'ils travaillent beaucoup trop pour ce qu'ils sont payés. Finalement, nombre de jeunes spécialistes n'envisagent pas de rester à l'hôpital. La catastrophe, c'est-à-dire la fin du service public hospitalier, se prépare.

Quels sont les enjeux en termes de politique de santé auxquels la réforme prétend répondre ?

A.G. : L'arrière-fond de ces réformes, c'est une vision « techniciste » de la médecine, sur laquelle se greffe une marchandisation. L'exercice de la médecine est réduit à une somme de gestes techniques et de procédures, donc quantifiable, donc numérisable, donc marchandisable... Il suffit de créer un marché !

Il y a là une part de vérité, liée aux progrès techniques en médecine. Bien des actes médicaux sont proches des actes techniques, répétitifs, permettant une spécialisation de plus en plus poussée. Le médecin comme technicien supérieur ou comme ingénieur. Mais ce n'est qu'une partie de la réalité, pas la globalité de la médecine. Quelqu'un comme Claude Le Pen, économiste libéral de la santé, a, au contraire, une vision purement technique de la médecine. Pour lui, soigner un malade, c'est comme réparer une voiture. Il s'insurge contre le maintien d'un artisanat médical aléatoire. Même si les écarts de pratiques sont souvent injustifiables, penser ainsi est une folie.

Car, à côté de cette évolution technique, il y a la maladie chronique, qu'on soigne mais qu'on ne guérit pas. Le malade atteint de maladie chronique doit prendre lui-même des décisions thérapeutiques, il y a partage un partenariat avec les soignants. Les malades sont informés. Le médecin doit prendre en charge une personne qui a un rapport singulier à la maladie, au médicament, aux autres... C'est un rapport humain, qui inclut la médecine comme science du vivant, mais aussi la pédagogie, pour expliquer ce qu'on fait et apprendre au patient à faire, et la psychologie, portant notamment sur les représentations et les changements de comportements. Dans un monde mondialisé, il faut aussi prendre en compte les traditions culturelles. Tout cela n'est conscientisé par les « décideurs » que dans le prisme du « ça coûte très cher ! ». Ils se plaignent que 10% des assurés consomment 60% du budget santé, ce qui est logique puisqu'il s'agit de maladies graves, évolutives, dont il s'agit de prévenir les complications. Ils veulent appliquer à ces 10% le modèle de la chirurgie ou de la médecine interventionnelle.

Evidemment ça ne marche pas !

Une vraie réforme du système de santé est nécessaire puisque, malgré des progrès considérables, il suscite bien des insatisfactions. Elle doit partir de cette double évolution : d'un côté, une spécialisation croissante ; de l'autre, la nécessité d'une prise en charge globale des patients. Cela nécessite d'introduire dans la médecine une formation à la relation humaine, à la pédagogie et à la psychologie. A quoi il faut ajouter que la pratique médicale ne peut plus se résumer à la consultation chez son médecin, avec un paiement à l'acte, mais nécessite l'intervention de plusieurs médecins et de paramédicaux, un travail collectif qui remet en cause les principes ancestraux de la médecine libérale.

Peut-on parler d'un nouveau type de patient ?

A.G. : La maladie aiguë, lorsque le malade sait qu'il peut mourir, entraîne une régression, un appel au secours, pour une prise en charge par un médecin qu'on espère compétent et auquel on va faire confiance. La maladie chronique, c'est très différent : 90% des décisions sont à prendre par le malade. C'est lui qui fait ou qui ne fait pas. Pourquoi ? Peut-être parce qu'il ne sait pas, alors il faut lui apprendre. Ou parce que cela met en cause sa relation au travail, aux autres, à soi, et le conduit à ne pas se soigner, quitte à se détruire, et il faut qu'il puisse l'exprimer et donc que le médecin puisse l'entendre.

Le sida a représenté un grand tournant dans la perception de cette réalité : il s'agissait d'une maladie mortelle, comme le diabète jusqu'en 1923, mais dans un temps record le virus responsable a été découvert et le traitement établi, ce qui l'a transformée en une maladie chronique. On a alors constaté que certains malades, jeunes, intelligents, informés ne prenaient pas leurs médicaments. Par ailleurs 25% des rejets des greffes du cœur découlent d'une non prise des médicaments. Donc il faut admettre qu'il s'agit d'une question importante. Le malade doit savoir, savoir faire et il doit faire... Le problème du médecin est comment l'aider à ces trois niveaux. Lui apprendre, c'est plus que lui montrer, c'est lui faire faire. Les patients deviennent des partenaires.

Tout cela est très chaotique : le niveau de connaissance de la population a considérablement augmenté, mais l'hétérogénéité est considérable, car on trouve tout sur internet, le meilleur et le pire, auxquels il faut ajouter les bons conseils des amis et des voisins.

Le monde de la médecine paraît très hétérogène, parcouru de multiples fractures...

A.G. : Trois courants s'affrontent. D'abord celui de la médecine libérale, qui se revendique de principes éthiques et de principes économiques pour défendre la liberté d'installation et la liberté de fixation des honoraires, selon des pratiques extrêmement variables. Les syndicats de la médecine libérale ont œuvré cyniquement pour le numerus clausus, selon l'idée qu'un faible nombre de médecins était la condition pour être en position de force sur le marché et augmenter les revenus.

Il y a ensuite le courant né avec la Sécu et issu de la Résistance. Robert Debré en fut la grande figure : il a développé l'hôpital public et le CHU, en y mettant le prix en termes de modernisation des hôpitaux, d'attractivité des plateaux techniques, et de statuts des médecins hospitaliers, tout en autorisant un exercice privé limité au sein de l'hôpital. Des chefs de clinique de grande compétence ont ainsi été formés en nombre. Ce sont eux qui ont développé des centres régionaux et de proximité de haut niveau. Aujourd'hui, ce modèle doit être révisé, tout le monde ne peut plus tout faire, pour beaucoup de spécialités il convient de regrouper les moyens humains et techniques.

Le troisième courant est celui des financeurs et businessmen qui ont investi l'Etat. Ils font des va-et-vient entre le privé et le public, dirigent la Générale de Santé, Axa, Médéric, et les cabinets ministériels. Ils sont aux commandes et se servent de l'Etat pour créer un marché. Face à leur

politique, les uns crient à l'étatisation « soviétique », d'autres s'insurgent contre la privatisation. Cette confusion résulte du fait que les deux choses sont vraies : pour fermer des hôpitaux publics, ouvrir des cliniques, opérer une redistribution des services publics, ils utilisent l'Etat et viennent d'aménager la loi. On ne doit pas sous-estimer la cohérence de la politique de ces nouveaux managers néolibéraux qui combattent le vieux libéralisme médical. Lorsqu'ils étaient à la tête du service public, ils ont cherché à réguler de façon autoritaire le libéralisme médical et ils ont échoué ; à présent ils veulent y parvenir par la puissance de l'argent. Pour eux, l'ennemi c'est le médecin boutique, et ils pensent le contraindre par la grande entreprise.

Il s'agit donc d'une partie à trois : face à l'attaque du néolibéralisme contre le service public et le libéralisme médical, on a retrouvé dans la rue, sur la base minimum de la défense de l'hôpital public et de l'égalité d'accès à des soins de qualité, les partisans du service public et les médecins libéraux qui réagissaient à l'agression. Les syndicats des personnels, pour leur part, ont appelé à la mobilisation sur les mêmes mots d'ordre de défense de l'hôpital public et de l'égalité d'accès aux soins. D'où une mobilisation qui s'est faite sous le signe de la défense du service public et non d'une défense de la médecine libérale.

Peut-on dire que, extérieure aux décisions étatiques, la réforme médicale, celle qui est socialement nécessaire, est en marche ?

A.G. : Une réforme est nécessaire : sans doute vaudrait-il mieux parler d'adaptation aux progrès de la médecine et aux évolutions des besoins de la population. Un des problèmes de l'espèce humaine est de savoir s'adapter aux changements qu'elle crée. C'est très difficile, les distorsions sont inévitables. Et pourtant, il s'agit d'une course de vitesse. Les réformes doivent aider à cette adaptation, mais pas en niant l'histoire et en jouant avec les personnes comme s'il s'agissait de pions qu'il suffit de déplacer, jeter, changer. La médecine, c'est des études très longues, mais cela continue toute la vie. Une bonne infirmière dans un service de diabétologie c'est quinze ou vingt ans de métier, des connaissances acquises considérables. Le pédiatre Bernard Grenier disait : « Ce qui est dur en médecine, ce sont les quatre-vingt premières années, mais après ça va tout seul ! »

Une réforme devrait s'appliquer en plusieurs domaines. La hiérarchisation des soins, par exemple, est rendue nécessaire par les progrès médicaux : les médecins généralistes compétents doivent être en capacité de régler les problèmes usuels et d'orienter, si nécessaire, les patients dans la bonne filière spécialisée ; certains malades hospitalisés ne peuvent être renvoyés chez eux, pour diverses raisons, même s'ils n'ont pas besoin de soins de haute technicité. Il faut donc des soins immédiats et des maisons de retraite médicalisées.

On voit se dessiner quatre ou cinq niveaux différents qui doivent collaborer entre eux, ce qui implique une cohérence médicale et une cohérence financière du point de vue du remboursement des soins. Et il existe une imbrication croissante des disciplines : par exemple, 30% des malades du cœur sont aussi diabétiques ; dans le même ordre d'idées, le vieillissement de la population génère de multiples problèmes et pose la question d'une formation gériatrique pour nombre de médecins.

Autre dimension : l'Europe, et la mise en concurrence généralisée qui se prépare. Faut-il assurer la liberté de chacun d'aller se soigner au meilleur prix n'importe où ? Faut-il mettre en concurrence la Sécu française et les assurances allemandes ? Est-il normal que 10000 médecins étrangers soient invités à venir combler le déficit de médecins en France, conséquence du numerus clausus, privant ainsi leur pays de leurs compétences, alors que dans le même temps on interdit à leurs concitoyens de venir se faire soigner en France ?

Le chantier de la réforme est gigantesque. C'est pourquoi, face à cette réforme qui avance aujourd'hui de manière rampante, en exploitant les excès du libéralisme médical et les défauts du

service public, on ne peut se contenter d'opposer un front du refus, il faut proposer une alternative : il est nécessaire de faire évoluer les structures hospitalières.

Comment expliquer que des enjeux aussi importants que ceux de la médecine donnent lieu à si peu de débats dans la société ?

A.G. : Nos hommes politiques libéraux ont acquis un grand savoir-faire : ne pas proposer de politique d'ensemble, mais avancer par petits pas au nom du pragmatisme en occultant tout débat d'orientation. C'est une grande différence avec la loi Debré de 1958 qui avait rassemblé les différents ministères et institutions concernés pour proposer et appliquer une réforme globale. Aujourd'hui on a une loi qui parle de tout (de l'hôpital et des cigarettes au bonbon), et on se focalise sur une question partielle, le pouvoir du directeur, en escamotant le problème de la finalité de ce pouvoir. Un pouvoir pour quoi faire ? Pendant ce temps, une commission du ministère de la Recherche concocte un texte sur les CHU qui n'a rien à voir avec la loi Bachelot. Le gouvernement fait une petite cuisine d'amendements et fait adopter tout cela selon la procédure d'urgence parlementaire.

Le vrai débat oppose les courants que j'ai évoqués, mais il n'est pas mené publiquement. On entretient une cacophonie qui empêche l'opinion de se saisir des questions de la santé et de l'hôpital, perçues comme des affaires de spécialistes. Et, pendant ce temps, le Président décide souverainement. Toujours dans le même temps, on voit qu'il introduit dans le jeu les assureurs privés, en utilisant, sous la menace, les mutuelles qui vont servir de paravents et, hélas, d'intermédiaires.

Propos recueillis par Francis Sitel

P.-S.

* Par dans ContreTemps n° 3 nouvelle série, septembre 2009 :

<http://www.contretemps.eu/>

* André Grimaldi : Professeur de médecine, André Grimaldi vient de publier L'Hôpital public malade de la rentabilité, Fayard, avril 2009.