

D'où vient la crise des urgences ?

## Le cauchemar de « l'hôpital du futur »

« Du vent ». C'est ainsi que les urgentistes en grève ont qualifié le plan présenté par la ministre de la santé le 9 septembre. À des services au bord de l'implosion elle propose une enveloppe rachitique, ponctionnée sur d'autres secteurs, eux-mêmes en difficulté. Faut-il dès lors parler de « crise » de l'hôpital ou de « casse » — un projet de longue haleine visant à livrer une institution emblématique au privé ?

par Frédéric Pierru

Chamonix, 1er octobre 2016. Il fait très beau. Comme tous les ans, le gratin des décideurs politiques, administratifs et industriels de la santé se réunit à l'occasion de la Convention on Health Analysis and Management (CHAM). Un pince-fesses où, sous la houlette de M. Guy Vallancien, ex-conseiller santé de M. Nicolas Sarkozy et professeur d'urologie à l'Institut mutualiste Montsouris, on devise sur l'avenir du système de santé. En un mot, s'il existait un Medef (Mouvement des entreprises de France) de la santé, ce serait son université d'automne.

Le dispositif scénique du centre des congrès évoque celui d'une salle de boxe. Au milieu, la scène rectangulaire ressemble à un ring, éclairé par de puissants spots ; tout autour, des sièges confortables sont disposés pour l'assistance. Cependant, la comparaison s'arrête là. Il suffit d'écouter, par exemple, M. Luc Ferry, ancien ministre de l'éducation nationale devenu chantre du transhumanisme, échanger avec l'écrivain Erik Orsenna comme on le ferait dans un dîner mondain, mêlant considérations philosophiques stratosphériques et blagues réservées aux happy few, pour comprendre que de combat, et même de débat, il n'y aura point. En fait, ce petit monde est d'accord sur à peu près tout. Les rares questions posées le sont par le Monsieur Loyal de la table ronde — toute intervention du public est exclue — et invitent généralement les orateurs à approfondir des points sur lesquels le gouvernement a encore le culot de résister. Du reste, en cet automne 2016, l'essentiel se passe ailleurs : autour du buffet ou dans les restaurants chics alentour. C'est là que, en petits groupes, les industriels de la santé, instances organisatrices, défendent auprès des décideurs publics leurs solutions pour résoudre l'éternelle « crise du système de santé ».

Sur les pentes de la bourgeoise station de ski, le « trou de la Sécu » ne fait pas partie des préoccupations. La croissance des dépenses de santé n'est pas un problème tant qu'il ne s'agit pas de dépenses publiques — celles de la Sécurité sociale. Ici, la santé est vue comme un marché prometteur, et même comme un atout industriel majeur de la France.

La médecine française est l'une des meilleures du monde, et elle doit s'employer non seulement à tenir son rang, mais aussi à conquérir des parts de marché à l'extérieur. La technophilie unit ces élites dont on ne sait plus si elles sont publiques ou privées, de droite ou de gauche. Le seul parti invoqué est celui de l'Innovation, avec un grand I.

Entre deux petits-fours arrosés de champagne, on s'inquiète du retard européen en matière d'intelligence artificielle par rapport aux deux géants que sont la Chine et les États-Unis. Heureusement, en cette année préélectorale, tous les espoirs sont permis : le ministre de l'économie démissionnaire et futur candidat à l'élection présidentielle, M. Emmanuel Macron, vient clore l'événement, en habitué (1). Son discours de représentant de la « *start-up nation* » comble d'aise l'assistance. Grâce à la télémédecine, au big data, à l'intelligence artificielle, à la médecine 3P (prédictive, préventive, personnalisée), la France va résoudre l'ensemble des problèmes chroniques de son système de soins tout en devenant un leader mondial de l'économie de la santé. « *Doubles dividendes* », diraient les membres de l'inspection générale des finances, dont est issu M. Macron.

L'optimisme technolâtre des cimes alpines peine toutefois à ruisseler jusqu'à la vallée des professionnels de terrain (non conviés à la CHAM, évidemment). Ces derniers sont confrontés chaque jour aux injonctions paradoxales que génère une contrainte budgétaire intenable, adossée à l'impératif de qualité et de sécurité des soins : faire toujours mieux, plus vite, avec des moyens humains et matériels qui ne suivent pas, voire diminuent dans certains établissements.

Les années 2000 marquent un tournant néolibéral dans les politiques hospitalières, alors que la médecine de ville, elle, bénéficie d'une empathie gouvernementale surprenante. Pour les pouvoirs publics, si des économies doivent être réalisées, c'est à l'« hospitalocentrisme » français de payer son tribut. C'est donc le bâton budgétaire pour l'hôpital, la carotte des incitations financières et l'appel aux réorganisations volontaires pour la médecine de ville. Les hôpitaux sont sommés de se recentrer sur leur « cœur de métier » — les soins très spécialisés, techniques et coûteux, mais aussi les missions de service public — et de faire cadeau du reste — rentable — aux autres acteurs de l'offre de soins, qui sont dans leur grande majorité privés (médecins libéraux, cliniques privées...).

Nom de code de cette vaste opération : « virage ambulatoire ». Deux leviers sont utilisés pour forcer les professionnels hospitaliers réticents à le négocier : le resserrement de la contrainte budgétaire d'une part, et la mise en concurrence des établissements à travers la tarification à l'activité, mieux connue sous son acronyme T2A, d'autre part. En théorie, ces deux instruments ne sont pas compatibles (2). En effet, en vertu de la T2A, la Sécurité sociale ne rémunère plus des structures, mais le volume et la nature des actes pratiqués par les établissements de santé. « L'argent suit le patient », comme disait le slogan thatchérien de la fin des années 1980, et l'hôpital devient une entreprise appelée à augmenter ses parts sur le marché local des soins (voire sur le marché international pour les prestigieux établissements de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, AP-HP). Plus d'activité, c'est plus de recettes, donc plus de personnels et d'investissements.

Cependant, dès lors que cette concurrence se déroule dans un cadre budgétaire de plus en plus contraint, le financement devient très pervers. Tout d'abord, chaque établissement a intérêt à maximiser son activité, y compris en trichant : on saucissonne un séjour en plusieurs, on « optimise » son codage grâce aux compétences de sociétés privées qui ne sont pas soumises au secret médical — comme l'a dénoncé, au prix de sa mise au placard, M. Jean-Jacques Tanquerel, directeur de l'information médicale au centre hospitalier de Saint-Malo (3) —, etc. En un mot, avec la T2A, on fait dans le *business plan*, pas dans le service public.

Mais, comme il faut tenir l'enveloppe budgétaire générale, les pouvoirs publics décident unilatéralement de baisser les tarifs lorsque l'activité globale augmente. Ainsi, la T2A transforme

les hospitaliers en hamsters : ils sont condamnés à courir de plus en plus vite dans leur roue, sans pour autant que la situation financière des hôpitaux s'améliore, au contraire.

De fait, la productivité des hospitaliers a beaucoup augmenté (le volume de soins dispensés a augmenté de 3 % annuellement jusqu'en 2010, puis de 2 % à partir de 2015). Sur le terrain, cela correspond à une intensification du travail. Cela n'empêche pas la dégradation de la qualité des soins : allongement des temps d'attente, accroissement du nombre de malades revenant à l'hôpital après avoir été pris en charge une première fois, fuite des patients vers le secteur 2 dit à « honoraires libres » et les cliniques, etc.

Par ailleurs, alors même que le taux d'obsolescence et de vétusté du bâti est élevé, les hôpitaux ont soit cessé d'investir, soit eu recours à des expédients désastreux pour leurs finances à long terme : emprunts toxiques (on parle d'emprunts « structurés », c'est-à-dire à taux variables, très attractifs au moment où ils ont été souscrits, puis qui ont explosé), partenariats public-privé, contrats coûteux de location-entretien pour les gros matériels, comme en imagerie (IRM, PET-scan)...

### **Sacro-sainte liberté d'installation**

Autre facteur aggravant : l'environnement des établissements de santé n'est absolument pas prêt au transfert d'activités qu'implique le virage ambulatoire. En amont, la vieille médecine libérale, dont les principes ont été définis en 1927 face aux premiers projets d'assurance sociale, est en état de déliquescence avancé. Non seulement le nombre de médecins généralistes décroît, mais ils ont tendance à réduire leur temps de travail. Si la France a découvert les déserts médicaux au XXI<sup>e</sup> siècle, les inégalités de densité médicale y ont toujours été fortes en raison du règne de la sacro-sainte liberté d'installation. Dans le sillage de Mai 68, ces inégalités ont été masquées par la formation d'un grand nombre de médecins. Dans les années 1990 encore, les syndicats de médecins libéraux s'alarmaient de cette « pléthore » et demandaient un renforcement du *numerus clausus* (4). Depuis que ces cohortes nombreuses partent à la retraite, ils dénoncent la pénurie qu'ils ont eux-mêmes contribué à produire, main dans la main avec le ministère des finances. Résultat : le nombre d'actes par habitant effectués par des médecins généralistes a diminué de 15 % entre 2000 et 2013 (5), une baisse d'autant plus remarquable que la population vieillit, que certaines pathologies deviennent chroniques, et donc que la demande de soins globale tend à s'accroître. Cela signifie que les inégalités territoriales d'accès aux soins se sont creusées.

Le rapport de forces leur étant favorable, les syndicats médicaux dominants se demandent même s'ils ne devraient pas revenir sur la seule concession qu'ils ont faite à la Sécurité sociale, en 1971 : le renoncement à la liberté de fixer eux-mêmes leurs honoraires dans l'espoir d'accéder à une patientèle plus vaste et, de surcroît, solvable grâce au remboursement par la Sécurité sociale de 80 % du coût des soins reçus. Un coin a déjà été enfoncé en 1979 avec la création du secteur 2 à honoraires libres. L'objectif est maintenant de faire sauter le secteur 1, dit conventionné, dans lequel les médecins doivent respecter les tarifs que leurs représentants ont négociés avec la Sécurité sociale. La pratique du dépassement d'honoraires se banalise, et, pour les patients, les obstacles financiers s'ajoutent aux obstacles territoriaux. Résultat : quand elle a besoin de se faire soigner, la France des « gilets jaunes » a tendance à se tourner vers les hôpitaux, en particulier les urgences. À ce constat déjà sombre, il faut ajouter la crise profonde que traverse la psychiatrie publique, confrontée à un manque chronique de moyens humains et matériels, comme l'ont mis en lumière les mobilisations récentes dans certains établissements (Amiens, Saint-Étienne-du-Rouvray...). Cette

défaillance nourrit elle aussi le renvoi vers les urgences hospitalières d'une partie des malades souffrant de troubles psychiques.

En aval des établissements hospitaliers, le secteur médico-social a vu ses compétences partagées entre l'État et des conseils départementaux financièrement incapables de faire face à la montée de la pauvreté et de la précarité. Il est aussi confronté au défi d'une population âgée dépendante dont chacun de ses deux volets — le médical et le social — tente de se défaire sur l'autre. La crise qui secoue les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) depuis quelques années a révélé leur état de délabrement et l'ampleur des cas de maltraitance (6). Sous-financées, sous-médicalisées, ces structures ont vite fait d'envoyer aux urgences les personnes âgées dont l'état de santé se dégrade. Dans le cas de celles qui restent à domicile, ce sont leurs proches, rebaptisés « aidants », qui subissent de plein fouet l'incapacité des hôpitaux à accueillir les malades âgés, au prix de difficultés économiques et de douleurs morales souvent insupportables.

Absence d'un véritable service public de santé de proximité en amont, quasi-faillite du médico-social en aval : voilà donc les vraies causes de la « crise des urgences ».

À cela s'ajoute le fait que les urgences occupent une position relativement déclassée dans les hôpitaux. Parce qu'ils prennent en charge des cas considérés comme « impurs », mêlant problématiques médicales, psychologiques et sociales (sans-domicile-fixe, personnes âgées, malades psychiatriques en décompensation, etc.), les professionnels généralistes qui y exercent sont souvent regardés de haut par les services spécialisés, qui viennent y faire leur marché (en d'autres termes, dénicher le « beau cas », celui qui correspond parfaitement à la description du manuel et dont on sait qu'il n'occupera pas un lit trop longtemps).

La situation change, mais lentement. Désormais, les urgences peuvent être dirigées par des médecins hospitalo-universitaires ; la médecine d'urgence a été reconnue comme une spécialité à part entière fin 2015, et le diplôme d'études spécialisées correspondant a été créé en 2017. Par ailleurs, une partie de la communauté des praticiens hospitaliers a apporté son soutien aux grévistes — certes un peu tardivement —, à l'image de MM. Bruno Riou, doyen de la faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, à Paris, André Grimaldi, professeur de diabétologie, et de Mme Anne Gervais, présidente adjointe de la Commission médicale d'établissement de l'AP-HP (7).

De leur côté, les cliniques se concentrent sur les créneaux les plus rentables du point de vue de la T2A, c'est-à-dire les soins programmables, techniques et spécialisés (chirurgie de la hanche, cataracte, etc.). Ainsi, le marché des soins créé par les pouvoirs publics obéit à cette règle classique : socialisation des pertes et privatisation des bénéfiques.

La crise des urgences est donc une crise systémique, symptôme des maux de notre organisation sanitaire et des erreurs du passé : obsolescence, moindre performance dans la prise en charge des maladies chroniques que dans celle des maladies aiguës, réformes de l'hôpital aux nombreux effets pervers, non-réformes chroniques (ou « non-décisions », comme disent les politistes) dans le secteur de la médecine de ville (8)...

À cet égard, la présidence Macron marque un tournant symbolique, puisque la ministre de la santé, Mme Agnès Buzyn, elle-même praticienne hospitalière, a pris publiquement acte de l'impéritie des pouvoirs publics au cours des vingt dernières années. Elle a déclaré qu'il fallait en finir avec l'idéologie de « l'hôpital-entreprise » et le « tout-T2A », devenu au fil du temps le couteau suisse de la politique hospitalière (9). Le président de la République a lui aussi concédé, lors d'un entretien

télévisé avec deux journalistes, qu'il fallait chercher les causes de la crise hospitalière en dehors de l'hôpital : celle-ci appellerait en effet « *une réponse [en matière] de réorganisation de nos services (...) et de ce qu'il y a entre ce qu'on appelle la médecine de ville et les hôpitaux, pour éviter que tout le monde aille aux urgences* (10) ».

### **Naissance des « hospitals »**

Ces propos ont sonné comme un désaveu politique des décideurs et experts qui n'avaient cessé d'invoquer les épaisses couches de gains de productivité cachées sous le gras du corporatisme et de la « résistance au changement » — ouvrant ainsi en grand les portes de l'hôpital aux cabinets de conseil, avec leur *lean management* (« management sans gras ») et autres méthodes de *reengineering* (« reconfiguration »). Ce fut lucratif pour lesdits cabinets, mais guère profitable aux acteurs hospitaliers, que l'on rendait de surcroît responsables de la situation impossible créée par les pouvoirs publics. Confortés dans leurs positions par la ministre, celles et ceux qui, depuis les années 2000, critiquaient les choix des gouvernements successifs — des choix d'une remarquable continuité par-delà les alternances — ont pu commencer à décoller l'étiquette de « gauchistes » que leurs adversaires s'étaient plu à leur coller sur le dos.

Cependant, entre la rhétorique et les actes, il y a un gouffre, voire un abîme. La réforme présentée par Mme Buzyn mêle belles intentions et effets d'annonce. Objectifs nombreux, mal définis et non hiérarchisés pour ne fâcher personne, modes d'opération vagues, persistance à vouloir réorganiser la médecine de ville selon une logique incitative dont toutes les études (et les faits) montrent qu'elle ne fonctionne pas : on est dans la politique symbolique dans toute sa splendeur.

Par exemple, le ministère espère que les nouvelles communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) — des regroupements de professionnels sur un territoire donné, fondés sur le seul volontariat — amélioreront la coordination. Or, compte tenu de l'acuité de la crise hospitalière, cette réorganisation de l'amont de l'hôpital risque fort de s'enliser dans les sables des concurrences entre généralistes et spécialistes, entre médecins et paramédicaux. De même, la suppression du *numerus clausus* est censée permettre la résorption des déserts médicaux, mais sans remise en cause de la liberté d'installation et, surtout, sans révision à la hausse de la capacité de formation des centres hospitaliers universitaires (CHU). En réalité, il subsistera des *numerus clausus* officieux, fixés par chaque université en fonction de ses capacités d'accueil. Bref, on peut redouter que cette réforme, comme celles qui l'ont précédée, ne soit bientôt enterrée dans la plus stricte intimité.

Pour connaître la véritable teneur de la politique de santé macronienne, ce n'est pas du côté du ministère des solidarités et de la santé qu'il faut regarder, mais du côté de la forteresse Bercy. En effet, la direction du budget a la tutelle sur la direction de la Sécurité sociale, elle-même chargée d'élaborer le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) voté chaque automne par le Parlement. C'est là que figure le niveau annuel des dépenses, appelé objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), et que se lisent les arbitrages politiques. Le texte étant aride, laissons la parole à un haut fonctionnaire très respecté, ancien directeur de la Sécurité sociale, ancien membre du cabinet Cahuzac et actuel président du Conseil d'orientation des retraites (COR) : « *Un Ondam à 2,3 % est peut-être nécessaire pour atteindre les objectifs de finances publiques, mais il est peu probable que les hôpitaux publics et la qualité des soins puissent, sans dommage, le supporter* (11). »

Qu'un partisan des réformes antérieures juge la contrainte budgétaire intenable est déjà édifiant, tant cela contredit la communication gouvernementale. Mais ces propos nous confirment surtout que la

politique de santé est bien élaborée à Bercy. La volonté présidentielle de devenir le bon élève de l'ordolibéralisme défendu par la Commission européenne conduit inévitablement le gouvernement Philippe à loucher vers ces deux « mammouths » de la protection sociale que sont les retraites et la santé, puisque, du côté des dépenses de l'État, on est déjà à l'os. Si les détails de la « grande réforme » des retraites n'ont pas encore été dévoilés, on connaît déjà son objectif : réduire la dépense publique.

En ce qui concerne la santé, la division du travail politique est un peu différente : on laisse la ministre envoyer des leures et, en catimini, on comprime l'offre publique de soins, pour le plus grand profit des acteurs privés.

C'est là que l'« hôpital du futur » rêvé sur les pentes des Alpes finit sa majestueuse descente : dans l'ouverture de marchés aux start-up et autres entreprises de santé. Deux exemples. Depuis quelques années se développent à proximité des hôpitaux des « hospitels » destinés à héberger les patients qui ont la chance d'expérimenter la chirurgie ambulatoire : à peine atterris, ils sont opérés, avant de redécoller immédiatement, ou presque, vers leur domicile ou ces « hospitels ». Or les nuitées ne sont que rarement prises en charge par la Sécurité sociale : ce sont les complémentaires santé des patients — dont on sait combien elles sont vectrices d'inégalités — ou les patients eux-mêmes qui paient.

Deuxième exemple : la société Medtronic fournit aux hôpitaux des salles d'opération de très haute technologie clés en main, mais, en contrepartie, ces derniers doivent s'engager à effectuer un certain nombre d'actes sur lesquels ils versent une « redevance » à l'entreprise privée — le monde des start-up n'est tout de même pas si philanthrope. Cela crée une incitation perverse à opérer même quand ce n'est pas nécessaire. Pour Medtronic, il convient désormais de parler de « *création de valeur* » en santé. La société a d'ailleurs participé à la fondation du think tank Cercle Valeur Santé, qui s'est attelé sans tarder à la rédaction d'un Manifeste pour un système de santé fondé sur la valeur — une « valeur » dont on devine qu'elle ne sera pas équitablement redistribuée entre la Sécurité sociale et les compagnies privées. Car, dès lors qu'une technologie ou un médicament crée beaucoup de « valeur », l'entreprise qui les vend réclame à la Sécurité sociale des prix élevés sans aucun rapport avec les coûts de production réels.

### **Au prisme de l'exemple américain**

Finalement, le « trou de la Sécu » est précisément creusé par l'Innovation célébrée à Chamonix, tandis que les moyens de la recherche publique ne cessent d'être revus à la baisse, accentuant la dépendance du système public de soins au capitalisme sanitaire. Le fameux médicament contre l'hépatite C, le sofosbuvir, coûtait à l'origine 41 000 euros pour une cure de douze semaines. Malgré un accord entre le ministère de la santé et le laboratoire américain qui le fabrique, son prix est encore de 28 700 euros. On trouve des chiffres du même ordre concernant les nouveaux anticancéreux, pour des bénéfices incertains (12). Autant de remèdes qui risquent de faire sauter la banque publique qu'est la Sécu.

Le diagnostic sur l'obsolescence de notre organisation sanitaire, héritée d'un temps où l'on avait le bon goût de mourir à 50 ans, est désormais largement partagé. Le défi des maladies chroniques et l'intrication croissante des problématiques médicales, sociales et culturelles nous obligent à revoir nos fondamentaux. Pour y répondre, les élites proposent plus de technologie et plus de privé. Selon elles, toute crise, économique ou sanitaire, peut trouver sa solution dans la technique. Il y a de nombreuses raisons légitimes d'en douter. D'une part, plus un système de santé est privatisé, plus il

est coûteux, l'exemple américain le démontre de manière éclatante. D'autre part, des décennies de recherches en sociologie et en histoire des sciences et des techniques nous ont appris à ne pas céder au déterminisme technologique, forme de paresse intellectuelle. En réalité, c'est tout le système, avec la place des différents acteurs, qui est à revoir.

Faire le choix d'économies budgétaires à courte vue revient à reporter les coûts de l'inévitable refondation de notre système sur les épaules de soignants qui n'en peuvent mais et sur la qualité des soins. Le gouvernement doit donc s'attendre dans les prochains mois à une multiplication de départs de feu qu'il ne pourra éteindre à l'aide de ses petits seaux — une prime de pénibilité de 100 euros brut par soignant aux urgences, l'installation d'une énième « mission »... Ou qui sait, demain, à une jonction des luttes entre « gilets jaunes » et blouses blanches ?

Frédéric Pierru

Sociologue, chercheur au Centre d'études et de recherches administratives, politiques et sociales (Ceraps), Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Auteur avec Pierre-André Juven et Fanny Vincent de *La Casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, Paris, 2019.

(1) L'auteur de ces lignes était présent en 2016 à Chamonix (en ethnologue). On peut voir l'intervention de M. Macron sur le [site de la CHAM](#).

(2) Lire Anne Gervais et André Grimaldi, « [La casse de l'hôpital public](#) », *Le Monde diplomatique*, novembre 2010.

(3) Cf. Jean-Jacques Tanquerel, *Le Serment d'Hypocrite. Secret médical : le grand naufrage*, Max Milo, Paris, 2014.

(4) Instauré en 1971, le numerus clausus vise à limiter le nombre d'étudiants dans divers domaines de la santé (médecine, pharmacie...).

(5) Cf. Pierre-Louis Bras, « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 50, Saint-Cloud, 2016.

(6) Lire Philippe Baqué, « [Vieillesse en détresse dans les Ehpad](#) », *Le Monde diplomatique*, mars 2019.

(7) Un collectif de professionnels de santé, « [Nous apportons notre soutien à la grève des urgentistes](#) », *Libération*, Paris, 13 juin 2019.

(8) Cf. André Grimaldi (sous la dir. de), *Les Maladies chroniques. Vers la troisième médecine*, Odile Jacob, Paris, 2017.

(9) France Inter, 14 février 2018.

(10) Entretien avec Edwy Plenel et Jean-Jacques Bourdin, Mediapart - BFM TV, 15 avril 2018.

(11) Pierre-Louis Bras, « L'Ondam et la situation des hôpitaux depuis 2009 », *Les Tribunes de la santé*, n° 59, 2019.

(12) « Anticancéreux : prix extravagants », *Prescrire*, n° 342, Paris, avril 2012.

Lire aussi le [courrier des lecteurs](#) dans notre édition de novembre 2019.