

De l'argent pour les soignants et des lits pour les patients : c'est la promesse faite par le gouvernement avant l'ouverture d'un "Ségur de la santé" ce lundi, avec les partenaires sociaux. Mais comment en est-on arrivé là ? Retour sur les principales décisions qui ont mené l'hôpital à la crise.



Manifestant pour la défense de l'hôpital public le 14 février 2020 à Paris. • Crédits : Hermann Click / Hans Lucas / Hans Lucas via AFP - AFP

Le ministre de la Santé invite les syndicats et représentants du personnel soignant à une concertation à partir de ce lundi : un "Ségur de la santé" (du nom de l'avenue où est situé le ministère) pour trouver des solutions aux maux de l'hôpital : augmentation de salaire, plan d'investissement dans les infrastructures et les équipements... Les annonces semblent aller dans le sens de ce que réclament les soignants et tranchent avec la rhétorique du monde d'avant où l'approche comptable et entrepreneuriale était devenue la règle. En visite à la Pitié Salpêtrière le 15 mai, Emmanuel Macron a aussi déclaré vouloir "*mettre fin à cette paupérisation*" de l'hôpital public. En attendant les actes, retour sur les choix majeurs qui ont fait la situation d'aujourd'hui.

Début 2000 et l'application des 35 heures

"Le premier coup porté contre l'hôpital public a été l'application des 35 heures", estime le professeur André Grimaldi, professeur émérite de diabétologie à la Pitié Salpêtrière et co-fondateur du collectif inter-hôpitaux. Les 35 heures ont été appliquées à l'hôpital en 2002 mais sans les embauches pour absorber leur impact : *"Les salaires ont été bloqués et le travail d'équipe a été cassé : on a mutualisé les personnels, avec des*

infirmiers travaillant dans un service puis dans un autre... On a supprimé la demi-heure de battement qui permettait au personnel d'être présent au même moment pendant le changement de service. Ce temps était précieux pour échanger des informations sur les patients. La vie de famille aussi en a pris un coup avec des personnes qui embauchent à 6 heures une semaine puis commencent à 14 heures celle d'après..."

C'est aussi l'époque où les hôpitaux commencent à faire appel à des intérimaires pour pallier le manque de personnel, dégradant encore un peu plus le travail d'équipe. En 2014, devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'impact de la réduction du temps de travail, la directrice générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) Marie-Anne Lévêque avait estimé que les 35 heures avaient contribué à *"amplifier la pénurie de personnels infirmiers et médicaux, sans que l'on ait anticipé cet effet dans la fixation du numerus clausus ou dans le volume des promotions des instituts de formation en soins infirmiers"*. D'après la Fédération hospitalière de France (FHF), dans la plupart des établissements, le passage aux 35 heures n'a pas été suivi des embauches attendues. Seuls 32 000 postes non médicaux sur 37 000 ont été pourvus et 3 500 recrutements médicaux sur 5 000 ; par manque de moyens ou manque de vocations.

Et les conséquences de la réduction du temps de travail se font encore sentir aujourd'hui avec *"des RTT que (les personnels) ne peuvent pas prendre"*, explique le porte-parole du syndicat national des professionnels infirmiers Thierry Amouroux, qui évoque dans le Figaro *"un million de journées accumulés sur les compteurs que les agents ne peuvent pas prendre dans les hôpitaux de Paris"*..

Les effets pervers de la tarification à l'activité

L'autre bête noire à l'hôpital public est un sigle court : T2A, pour tarification à l'activité. Ce mode de financement a été appliqué à partir de 2004 et généralisé en 2008. L'idée d'origine était de faire évoluer l'ancien système pour le rendre plus juste et efficace économiquement. En effet entre 1984 et 2004, les hôpitaux étaient financés par un budget global annuel qui s'adaptait très mal aux variations d'activités. Les établissements dont l'activité augmentait ne recevait pas de ressources supplémentaires et ceux dont l'activité diminuait bénéficiaient au contraire d'une sorte de rente indue.

Si bien qu'en 2004, l'adoption de la T2A fait consensus à droite comme à gauche. Le ministre de la Santé de l'époque Jean-François Mattéi est cité dans Le Monde expliquant "qu'il n'y a pas d'alternative" : *"la dotation globale a été utile parce que l'on ne pouvait pas laisser filer les comptes,*

mais elle a provoqué des effets pervers.” *“Il faut tenir compte de l’activité”*, déclare aussi l’ancien ministre socialiste Claude Évin. Seuls les communistes s’opposent au texte : *“Vous voulez faire entrer l’économie dans le fonctionnement de l’hôpital”*, dénonce la députée Jacqueline Fraysse, condamnant une politique de réduction des dépenses. Les socialistes, qui se sont abstenus sur le vote de l’article créant la T2A, mettent toutefois un bémol par la voix de Claude Évin : *“Le fait d’asseoir les financements sur l’activité ne doit pas laisser ouverte la possibilité de jouer sur une variable d’ajustement qui serait le choix des malades soignés”*.

Finalement, le texte est adopté mais la loi fait entrer la logique de rentabilité dans le système de santé pour André Grimaldi : *“L’hôpital devient une entreprise comme une autre et la priorité n’est plus le soin. C’est la logique commerciale qui l’emporte, avec ce dogme qui régnait dans tous les domaines alors : la concurrence serait le moyen d’obtenir la qualité au plus bas coût”*. Car désormais, à chaque acte correspond un tarif, plus ou moins valorisé. Et les cliniques privées choisissent les plus rentables (actes techniques et chirurgie ambulatoire principalement), laissant les activités les moins profitables aux hôpitaux ; ces derniers ne pouvant faire l’impasse, au risque de ne pas remplir leur mission de service public. Certaines activités étant toutefois difficilement quantifiables, l’Etat maintient une dotation de financement pour les “missions d’intérêt général” (prévention, soins palliatifs, psychiatrie...) mais ce montant est en baisse continue dans le budget des hôpitaux, afin de limiter les dépenses.

Deux éléments viennent compléter le tableau. La fin de la “permanence des soins” décidée par Jean-François Mattéi en 2003 : les médecins de ville étaient alors obligés de tenir des gardes régulières la nuit, avec leur numéro inscrit sur les pharmacies. Mais le ministre de la Santé cède aux pressions des syndicats de médecin et la permanence des soins n’est plus obligatoire : elle repose désormais sur le volontariat. Les services d’urgences, ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, deviennent de plus en plus fréquentés (96% entre 1996 et 2015 d’après la Drees, le service statistiques du ministère de la Santé). Et en 2009, la loi portée par Roselyne Bachelot, dite HPST (hôpital, patient, santé, territoire) modifie la gouvernance des hôpitaux et renforce les pouvoirs du directeur. L’objectif est d’améliorer l’accès aux soins, la prévention et de moderniser l’hôpital public. Mais pour ses détracteurs, cette loi accentue encore l’objectif de rentabilité des établissements, aux dépens des soins et des patients. La ministre de la Santé se met à dos les médecins, y compris dans son propre parti avec le député UMP Bernard Debré qui critique *“une mauvaise loi”* qui va donner *“tous les pouvoirs”* à des directeurs d’hôpitaux qui ne seront pas médecins, *“avec une vision uniquement comptable”*.

Une politique maintenue au fil des gouvernements

En 2012, François Hollande est élu à la présidence de la République *“mais la politique d’austérité est maintenue”*, analyse André Grimaldi. *“Le système de 2017 n’est pas très différent de celui de 2012”*, estime dans le Monde l’économiste de la santé Claude Le Pen, qui juge que la ministre *“s’est inscrite dans une certaine continuité avec ses prédécesseurs”*. *“Les tarifs continuent de déterminer les budgets et les activités des hôpitaux”*, ajoute André Grimaldi avec un effet pervers : les tarifs sont devenus flottants d’une année sur l’autre. Pour compenser la hausse des activités des hôpitaux et contenir le déficit de la sécurité sociale, les montants sont régulièrement revus à la baisse. Déjà obligés de travailler plus face à la hausse de l’activité, les soignants sont aussi priés d’en faire davantage afin que leur établissement conserve ses ressources.

Parallèlement, l’hôpital a perdu une grande partie de sa capacité d’accueil. 400 000 lits en 2017, soit 69 000 de moins qu’en 2003, d’après le ministère de la Santé. *“C’est la conséquence de la T2A”*, explique André Grimaldi, *“la logique de libérer les lits à tout prix. C’est ainsi que l’on retrouve des patients attendant sur des brancards aux urgences”*. Cette politique est poursuivie après l’élection d’Emmanuel Macron mais déclenche un mouvement social sans précédent en 2019. L’année précédente, le gouvernement avait décidé de baisser encore les tarifs malgré la baisse d’activité des hôpitaux. Les soignants sont alors invités à en faire encore plus pour accroître les recettes des établissements...

Le gouvernement aura beau annoncer une hausse des tarifs en 2019 : le mal est fait et le malaise profond. La pandémie de Covid-19 peut-elle servir d’électrochoc et changer la dynamique ? *“Pour la première fois depuis longtemps, on a vu que le soin et le service rendu au patient redevenaient la priorité, avant le budget”*, note encore André Grimaldi. Pour le professeur de médecine, cette crise a révélé que notre système de santé n’était pas adapté aux grandes épidémies, et pas non plus au traitement des maladies chroniques ou à la gestion des urgences.

La perte de sens des personnels soignants s’accompagne aussi de revendications sur les salaires. Dans son panorama de la santé publié l’an dernier, l’OCDE révélait que les infirmières et infirmiers français étaient bien moins payés que dans les autres pays développés, ne gagnant que 56 % du revenu des Américains, 61 % des Néerlandais, 67 % des Suisses, 71 % des Belges, 75 % des Espagnols, 79 % des Allemands, 83 % des Britanniques ou encore 91 % des Turcs. Or, le budget de la santé français n’est pas parmi les plus élevés des pays développés.

Proportionnellement au PIB, la France est certes le 3^e pays le plus "dépensier", avec 11,2% de la richesse nationale consacrée à la santé, à égalité avec l'Allemagne et derrière les États-Unis et la Suisse. Mais lorsque le montant est calculé par habitant, la France est à la 12^e place, l'Allemagne dépensant 20% de plus... Autant de pistes qui pourront servir de bases de discussions lors du "Séjour de la santé".