**Postface**

**Dr Christophe Prudhomme**

**Porte-parole de l’Association des médecins urgentistes de France et délégué CGT**

Refonder l’hôpital public ? Je mets le titre de cet ouvrage à l’interrogatif car je pense que la question devrait être « refonder notre système de santé » avec un hôpital du 21eme siècle ouvert sur la ville, associant proximité et qualité.

En effet si la crise sanitaire liée à la maladie COVID-19 a mis en lumière à la fois le rôle essentiel de l’hôpital public, elle a aussi montré l’état de délabrement de notre système de santé qui n’a pu assurer le minimum vital que grâce à la mobilisation des personnels qui ont été obligés de pallier le manque cruel de moyens par une capacité d’adaptation collective reposant sur l’inventivité et la débrouille, laissant de côté une administration sanitaire tétanisée et incapable d’organiser une réaction appropriée.

Un élément essentiel à souligner est que nous sommes partis en « guerre » pour reprendre la terminologie présidentielle avec un « armement » insuffisant tant en quantité qu’en qualité. Un seul chiffre montre à lui seul la raison d’une situation qui a frôlé la catastrophe dans les régions les plus touchées, à savoir le Grand-Est et l’Île-de-France : de restructurations en fermetures de lits, la France ne disposait début mars que de 5 000 lits de réanimation, soit un taux d’équipement rapporté à la population de moitié inférieur à ce qui existe en Allemagne. Il a donc été nécessaire d’ouvrir en catastrophe plusieurs milliers de lits en utilisant toutes les ressources nécessaires, notamment les moyens des salles de réveil et des blocs opératoires, pour finalement atteindre péniblement 10 000 lits, dans des conditions de sécurité qui n’étaient pas toujours optimales pour les patients. Quand nous ferons les comptes, la comparaison avec l’Allemagne en termes de mortalité en réanimation risque d’être redoutable.

Je viens d’évoquer « l’armement » mais en ce qui concerne les « munitions », la situation a été encore plus catastrophique, tant pour l’hôpital que pour les EHPAD et la médecine de ville. La mise en place d’ateliers de couture dans les plus grands CHU de France et les tutoriels proposés aux soignants pour se fabriquer des tenues de protection avec des sacs-poubelles, montrent bien les dégâts provoqués par la casse de l’industrie en France mais également les méfaits du fonctionnement à flux tendu et du stock zéro, imposés aux hôpitaux dans la logique du fonctionnement calqué sur celui du modèle de l’entreprise de la mondialisation libérale.

Mais le problème ne se limite pas à l’hôpital. La diminution catastrophique du nombre de médecins généralistes en ville, par ailleurs mal répartis sur le territoire avec un mode d’exercice de moins en moins adapté aux besoins d’une population vieillissante et atteinte de polypathologies, n’a pas permis une réponse organisée et coordonnée au début de l’épidémie, en faisant reposer l’ensemble de la réponse sur les SAMU-centre 15 qui ont été vite débordés.

Ce constat montre bien que nous sommes confrontés à un problème d’organisation et de moyens. N’en déplaisent aux ministres de la santé qui se sont succédé et qui n’avaient à la bouche que la problématique d’organisation en opposant l’hôpital et la ville, les deux problématiques sont inséparables.

Pour pouvoir répondre à la question posée, avant de rentrer dans l’opérationnel, il est nécessaire de définir les choix politiques sur lesquels devraient reposer l’organisation et le financement d’un système de santé. L’adjectif public ne doit pas se limiter à la qualification de l’hôpital. Nous avons besoin d’un système public de santé assurant une réponse aux besoins de santé de la naissance à la mort et fondé sur une approche globale, intégrant prévention et soins dans le domaine physique, psychologique et social. Il faut bien comprendre que l’histoire de notre pays a laissé coexister des modes d’organisation que certains ont pu présenter comme une richesse mais qui, à l’usage, sont source d’une complexité parfois inefficace, aggravant trop souvent les inégalités, et inutilement coûteuse. Exercice libéral en ville reposant sur les concepts de liberté d’installation et de rémunération à l’acte, hôpitaux et EHPAD à statut public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif, assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, secteur 1 et secteur 2… bref un système où les citoyens ont de plus en plus de mal à s’y retrouver. Par contre, cette organisation hybride a fait le lit à la fin du 20ème siècle à une entrée en masse des acteurs du marché qui se sont rués pour investir dans les secteurs les plus rentables, notamment l’hospitalisation privée et les EHPAD, ainsi que l’assurance complémentaire face à une Sécurité sociale assurant de moins en moins bien les soins courants. Comme l’explique très bien David Graeber dans son ouvrage « La bureaucratie », la complexité source de bureaucratie est le paradis des marchands qui peuvent ainsi multiplier leurs sources de profits. L’exemple des cliniques privées est particulièrement éclairant. Nous sommes passés en peu de temps à des structures où des médecins étaient propriétaires de leur outil de travail, à une organisation en grands groupes, propriétés d’investisseurs dont l’objectif – c’est la loi du marché – est de maximiser le retour sur leur investissement. Nous voyons donc bien que le premier choix politique qui s’impose est celui du service public dont l’objectif n’est pas d’augmenter les dividendes versés aux actionnaires, mais celui d’une réponse aux besoins de la population dans le cadre du principe constitutionnel d’égalité de traitement de chaque citoyen. Ce principe implique donc également une véritable politique d’aménagement du territoire et non la concentration des moyens dans les métropoles où existe un « marché » pour rentabiliser les investissements.

Voyons plus en détail ce que peut-être ce service public de santé. Il doit d’abord abolir le mur qui a été élevé entre la ville et l’hôpital. Il faut battre en brèche la plus grande escroquerie intellectuelle que représente la manière dont été présenté le fameux – on pourrait dire fumeux – concept de l’ambulatoire. La question est d’organiser une prise en charge coordonnée, sans rupture entre le domicile et les établissements, que ce soit les hôpitaux ou les EHPAD. Cela ne peut se concevoir qu’en analysant les besoins de la population dans un territoire pour ensuite proposer une réponse globale, avec des structures et des professionnels travaillant ensemble. Concrètement, il s’agit de l’organisation avec un réseau de centres de santé autour d’hôpitaux de proximité partageant leurs ressources matérielles et humaines.

Il faut ici s’arrêter sur ce que veut dire territoire. Pour moi qui suis urgentiste, c’est assez simple et cela repose sur des critères de sécurité sanitaire. Tout citoyen doit être à moins de 30 minutes d’un service d’urgence, intégré dans un hôpital doté des services de base que sont une maternité, une activité de chirurgie pour les pathologies courantes, des services de médecine et un plateau technique de radiologie et de biologie.

Un mot aussi sur la télémédecine que certains voudraient nous vendre comme substitut au manque de ressources humaines. Je parle de ressources humaines, car la médecine ne peut se réduire à des actes techniques. La technique ne peut être substitutive mais doit permettre de disposer d’outils permettant d’améliorer la prise en charge des patients. Transmettre des données, utiliser la vidéo-conférence pour obtenir un avis spécialisé, suivre à distance des patients atteints de pathologies chroniques…oui bien sûr. Mais la cabine de téléconsultation sur la place du village qui remplace l’ancienne cabine téléphonique, non. Chaque patient est particulier et ne peut se réduire à des algorithmes. Son contexte de vie, son état psychologique, ses capacités de compréhension et d’acceptation sont essentielles pour une bonne prise en charge. Par ailleurs, ce type de dérive est source d’une aggravation des inégalités. Le meilleur exemple est celui de l’outil informatique qui permet de prendre des rendez-vous. S’il s’agit d’une avancée permettant de soulager les tâches de secrétariat, ceux qui ne savent pas le maîtriser sont souvent laissés à l’abandon et cela participe au renoncement aux soins qui constitue un problème croissant ces dernières années.

Je vois d’ici certains avancer l’argument de la perte de liberté de choix de son médecin et de celle des professionnels de santé dans un système étatisé. Mais de quelle liberté parlons-nous ? Celle de certains au détriment de l’égalité des droits des autres. Il faut être clair, la liberté du marché est antinomique avec les principes de la médecine si bien énoncés par Hippocrate et qui doivent rester notre guide aujourd’hui.

Il y a également un problème difficile à aborder pour les politiques dans leur programme. Mais comment régler la situation des cliniques privées à but lucratif ? C’est très simple, pas de financement de la Sécurité sociale pour les activités à but lucratif. Il n’y a pas besoin de « nationaliser » ces établissements, il suffit de leur demander d’adopter le statut privé à but non lucratif. Il en va de même pour la gestion des centres de santé qui peut être soit publique, soit associative, soit coopérative. Par contre, les autorisations d’ouverture doivent être octroyées dans les territoires en fonction d’une définition des besoins définis dans le cadre d’une véritable démocratie sanitaire. Cela signifie un autre rôle de l’État régulateur que celui qui est joué aujourd’hui par les ARS, structures dirigées par des directeurs généraux tout puissants sans aucun contre-pouvoir institutionnel. Il nous faut revenir à des services déconcentrés de l’État dans les territoires sous le contrôle des élus locaux et des organisations sociales.

Mais me direz-vous, tout cela est bien beau, mais comment le financer ? Tout ce qui est simple est efficace. Les principes à l’origine de la Sécurité sociale étaient simples mais n’ont malheureusement jamais été mis en œuvre dans leur intégralité. Il faut tout d’abord appliquer les trois principes d’unité, uniformité, universalité. Cela signifie que la Sécurité sociale est le collecteur unique des cotisations sociales et est le financeur unique des prestations. Cela signifie l’extinction des assurances complémentaires qui constituent un véritable cheval de Troie pour tuer la Sécurité sociale. En effet, la part de marché des mutuelles diminue d’année en année au profit des assurances privées affiliées au monde bancaire et boursier. Toute la population doit être assurée pour l’ensemble de ses besoins : santé de la naissance à la mort, donc y compris la perte d’autonomie, retraites, famille, accidents du travail et chômage. Le financement est assuré par des cotisations sociales prélevées sur les revenus salariaux et non-salariaux. Il ne s’agit pas de « charges », mais bien d’une partie des revenus du travail qui est mutualisée de manière solidaire et obligatoire, avec un niveau de contribution au même taux pour tous. L’équilibre des comptes ne doit pas être prédéfini a priori comme cela est le cas actuellement avec la loi de financement annuelle de la Sécurité sociale. Le rôle du politique doit être de définir des trajectoires budgétaires pluriannuelles à partir d’objectifs de santé publique. Cela implique de pouvoir adapter le niveau des cotisations d’une année sur l’autre pour équilibrer les budgets. Cette procédure a montré son efficacité depuis très longtemps dans les régimes de type bismarckiens dont nous avons un exemple avec le régime particulier d’Alsace-Moselle. Je pense que ces principes ne sont pas une découverte pour les lecteurs de cet ouvrage mais il est toujours bon de les rappeler.

Enfin, il faut aussi s’intéresser au mode de financement du système de santé. La rémunération à l’acte, tant en ville qu’à l’hôpital avec la tarification à l’activité, ont montré leurs limites et même leurs anciens promoteurs acceptent aujourd’hui les critiques. Une des pistes de sortie de cette impasse est le budget pluriannuel négocié sur la base d’objectifs co-construits en fonction des besoins de la population du territoire qui peuvent être variables d’une zone à l’autre.

Afin de terminer, il me faut aborder la question des femmes et des hommes sans qui aucun système de santé quel qu’il soit ne peut fonctionner. Ces professionnels au travail 24 h sur 24, 365 jours par an, ce sont 100 métiers dont certains sont peu connus mais qui sont indispensables. Aujourd’hui encore plus qu’hier le travail en équipe est indispensable. Équipe qui ne peut se limiter uniquement au secteur sanitaire mais qui doit également intégrer le social. Il y a beaucoup à faire pour rénover les formations, améliorer les rémunérations et surtout disposer de personnels qualifiés en nombre suffisant. Je ne vais pas ici développer toutes les revendications non satisfaites ces dernières années. Cependant, je voudrais souligner quelques urgences qu’il faut régler rapidement. D’une part, les moyens : ce secteur d’activité qui n’est pas un coût mais qui crée une richesse, celle d’une population en bonne santé, a besoin de centaines de milliers d’emplois supplémentaires dans les années à venir. D’autre part, une élévation des qualifications : cette question est essentielle car elle est traitée actuellement uniquement sous le prisme d’une réponse au problème de la démographie médicale dans une optique qui s’apparente à des glissements de tâches sans reconnaissance de nouvelles qualifications. Là aussi, la logique financière prédomine. Il est demandé de faire plus sans reconnaissance financière ! Par ailleurs, la logique catégorielle de défense de son pré carré par certaines professions ne facilite pas le débat.

Ces quelques lignes tracent des pistes, en complément de celles présentées dans cet ouvrage. Il ne s’agit pas d’un programme mais de propositions à discuter dans chaque territoire entre citoyens, professionnels et politiques pour une mise en œuvre adaptée aux particularités et aux spécificités locales. Le concept du patient acteur de sa santé ne doit pas rester un slogan mais doit trouver une concrétisation politique, au sens propre, dès aujourd’hui.