



Où va notre système de santé?

Publié le 22 mars 2023 par Evelyne Vander Heym



© Bernard Hermant (unsplash)

Résumé :

L'auteur présente ici toute l'évolution du système de santé, en particulier l'hôpital public. Tout conduit dans une stratégie de cohérente de contre-réformes à la privatisation. L'incapacité du système de santé à répondre aux besoins de santé est criante. Une stratégie générale de transformation de l'intérieur des hôpitaux publics est à l'oeuvre. On constate que le capital financier investit le champ du système de santé.

Abstract :

The author presents here all the evolution of the health system, in particular the public hospital.





Everything leads in a coherent strategy of counter-reforms to privatization. The inability of the health system to meet health needs is glaring. A general strategy of transformation of the interior of public hospitals is at work. We note that financial capital invests the field of the health system.

Depuis la pandémie du COVID en 2020, avec toutes ses périodes d'accélération et de « répits », la situation de l'accès aux soins, la dégradation des prises en charge à l'hôpital public l'élargissement des « déserts médicaux », font l'objet d'une surenchère sémantique de la part du gouvernement Macron : « nous n'avons jamais fait autant pour l'hôpital public (Ségur de la santé) », « nous avons hérité d'un bilan négatif des précédents gouvernements », « le manque de personnels nous obligent à fermer des lits, des services (la mission flash sur les urgences du ministre) ».

En vérité, nous vivons un continuum de contre-réformes ultra-libérales qui sévissent dans toute l'Europe depuis plusieurs décennies, avec une accélération évidente avec Macron. Il est ainsi légitime de nous poser la question : sommes-nous proches de la disparition d'un système de santé basé sur l'hôpital public, son excellence, son accessibilité sur tous les territoires ? La manière de caractériser l'étape actuelle de « déstructuration » du système de santé conditionne le niveau et le contenu de la bataille politique à mener.

Une stratégie de cohérence de contre-réformes

Sans rentrer dans le détail, ni à remonter à Matusalem, nous pouvons dater plusieurs moments forts de ruptures avec le développement de notre système de santé, tel qu'il a été bâti après la seconde guerre mondiale : s'il est vrai que la mise en place de la Sécurité sociale a été un formidable levier pour la généralisation de l'accès aux soins et le développement des hôpitaux publics, déjà fortement présents dans notre pays, il a fallu à peine deux décennies pour donner le corpus que nous connaissons à l'offre hospitalière de notre pays :

- Les réformes de 1958 avec l'avènement de la V^e République qui instituent, entre autre, l'architecture du système hospitalier basé sur la création des CHU, les plein-temps médicaux entre clinique et enseignement, mais malheureusement le maintien d'un secteur privé. Ces réformes seront accompagnées par un formidable effort financier, avec des prêts de l'Assurance maladie à taux zéro. Cette grande réforme hospitalière dessine l'organisation du système de santé,





avec trois niveaux : l'hôpital local, l'hôpital général de niveau départemental et l'hôpital universitaire régional. C'est le règne de l'hospitalo-centrisme ; la médecine de ville est absente de toute réflexion.

- La loi Boulin de 1970 réaffirme un système public hospitalier, tout en ouvrant une réflexion sur « la maîtrise des dépenses de santé ». C'est dès 1971 qu'une loi pose les principes du *numerus clausus*, soit la limitation du nombre de médecins formés, qui conduit à la grave pénurie d'aujourd'hui, et cela avec la bénédiction des médecins eux-mêmes !
- Mise à part la courte embellie de 1981 / 1982 mitterrandienne / Ralite, toutes les « réformes » qui vont défiler, d'un gouvernement de droite à un gouvernement de gauche vont combiner attaques et remises en cause de la Sécurité sociale et des dites réformes hospitalières. Il faut noter là, qu'à chaque étape le secteur privé trouve progressivement sa place, dans une mise en concurrence réaffirmée avec le secteur public hospitalier. De par le poids des hôpitaux publics dans la dépense de l'Assurance Maladie, les efforts de « maîtrise » des dépenses de santé vont se porter sur eux.
- Les ordonnances Juppé de 1996 marquent le pas vers la « descente en enfer » pour les hospitaliers : c'est la mainmise de l'État sur la Sécurité sociale avec les PLFSS annuels « débattus à l'Assemblée nationale » et la mise en place de l'ONDAM qui va structurer la limitation des dépenses de santé et donc le fonctionnement et la gestion des hôpitaux : le budget global devient un outil de contrôle aux mains des ARH. Alors qu'il devait constituer un progrès, en permettant des budgets répondant aux besoins, le budget global hospitalier (ministère Ralite), après le prix de journée ayant atteint ses limites, est utilisé pour réduire les dépenses hospitalières en deçà de la réalité des coûts de fonctionnement.
- Le plan Hôpital 2007 de Mattei va être une nouvelle étape décisive pour transformer de l'intérieur la gestion des hôpitaux, en transformant ainsi, insidieusement, les missions et le contenu de travail des professionnels : en 2004 c'est la mise en place progressive de la T2A et l'objectif de la mise en concurrence de hôpitaux publics / privés ; les soins et prises en charge sont découpés en autant de tarifs à opposer à l'Assurance maladie et deviennent ainsi des produits de santé. Conjointement il est fait obligation aux hôpitaux publics d'anticiper sur les recettes pour couvrir leurs dépenses de fonctionnement, appuyée par une comptabilité de gestion financière : c'est l'EPRD, établissement prévisionnel des recettes et dépenses, et la voie ouverte à la rentabilité et le maximum de recettes ! Mais le plan Hôpital 2007 laisse aussi des traces indélébiles sur la situation financière des hôpitaux publics. L'objectif largement médiatisé à l'époque : relancer l'investissement hospitalier, public et privé, va enfoncer les HP dans





- l'endettement, de surcroît avec des emprunts du secteur financier, dits « structurés » : ce sont les emprunts toxiques, toujours d'actualité.
- La loi « hôpital, patient, santé, territoire » (HPST) de Bachelot de 2009 verra une courte mobilisation, notamment des médecins, en réponse à la réorganisation des hôpitaux en pôles au détriment des services. C'est surtout la disparition du concept de service public : on parle dorénavant de missions de services publics, la suppression des conseils d'administration par les conseils de surveillance et les regroupements d'activité...notamment avec le privé avec l'avènement des GHT. La loi Bachelot c'est le règne des Agences Régionales de Santé (ARS), soit une déconcentration du pouvoir d'Etat pour pouvoir mieux contrôler les dépenses hospitalières mais aussi de ville sous couvert de contractualisation et avoir la main sur les restructurations / regroupements publics / privés.
 - La loi « de modernisation de notre système de santé » de Touraine de 2016 joue sur le faux paradoxe de renouer avec le concept de service public hospitalier, sans en changer le fonctionnement, et rendre obligatoire le regroupement des établissements au sein des GHT. La première phase met l'accent sur les activités administratives, techniques et médico-techniques, avec à terme une fongibilité des budgets, réalisée aujourd'hui, notamment pour les investissements. Nombre d'établissements ont perdu leur autonomie de fonctionnement mise en place en 1851.
 - La loi dite Buzyn, relative « à l'organisation et à la transformation du système de santé », comme les précédentes, prennent appui sur les réformes de ses prédécesseurs et y rajoute une couche. Elle s'attaque au statut des praticiens hospitaliers, déjà durement acquis, engage un processus de partage entre la ville et l'hôpital, et annonce la couleur de la suppression de quelques 500 hôpitaux publics de plein exercice : ce seront des « hôpitaux de proximité », sans maternité, chirurgie et urgences, dénués ainsi de tout service hospitalier de première intention si ce n'est des lits de médecine, sous-entendu de gérontologie, avec éventuellement un service d'imagerie médicale.
 - Enfin, dernier avatar d'une politique cynique, nous pouvons citer la Mission flash du Ministre F. Braun de l'été 2022 qui annonce la couleur. Prenant appui sur les contre-réformes de plusieurs décennies, il s'agit maintenant d'institutionnaliser les pénuries et manquements qui se sont cumulés afin d'organiser la baisse des flux de patients via l'hôpital public. Le leitmotiv est bien de tout faire pour réduire à tout prix, les passages aux urgences : renvoyer les patients vers les médecins de ville, au mépris de la réalité, c'est-à-dire la pénurie qui sévit aussi, provoquant la panique de la population. Celle-ci n'a pas d'autre issue que d'appeler un numéro (le SAS) qui ne répond pas. L'appel aux médecins libéraux est systématique, sous





couvert de faire la promotion des communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) qui peinent à se mettre en place, malgré les promesses de financement... En parallèle, sont généralisées les procédures dégradées à l'hôpital, à coup de plans blancs, de rappels de soignants en retraites.

Ainsi, depuis la première mandature de Macron, l'ensemble des mesures et dispositifs ont un seul objectif : inscrire le système de santé dans l'économie libérale.

L'incapacité du système de santé à répondre aux besoins de santé

Depuis plusieurs années nous avons alerté sur la disparition des lits à l'hôpital public : le bilan est acté par tout le monde. L'argument avancé était parfois soutenu par la communauté médicale : développement des prise en charge ambulatoires, de par les progrès des techniques anesthésiques et chirurgicales ; les questions de sécurité pour les petites maternités (les décrets de périnatalité de 1998) ; l'importance de prendre en charge les patients psychiatriques en ville ; mais aussi de préserver le lien à domicile pour les personnes âgées et/ou dépendantes...

Tous les outils mis en place se sont soldés par des suppressions de lits, toutes disciplines : les ARH / ARS, les contrats de retour à l'équilibre financier, les plans régionaux, les GHT, et maintenant les « labellisations de quelques 400 / 500 hôpitaux de proximité »... Alors que nous manquons de tout, les besoins de la population ne peuvent qu'aller en augmentation et évolution. C'est là que nous pouvons apprécier la pression sur les personnels depuis des années, au départ sans douleur, sans compter le sentiment « que nous n'avions pas à nous plaindre, au regard de la situation des autres pays européens ».

La Fédération Hospitalière de France estimait à 600 000 le nombre de lits hospitaliers en 1980. D'après Eurostat il est passé de 507 996 en 1997 à 399 865 en 2017. De 1997 à l'ère de Macron (21 000 lits fermés depuis 2017) on enregistre une baisse continue, y compris pendant et après la crise sanitaire. Les maternités sont passées de 814 en 1996 à moins de 500 et aujourd'hui le rythme s'accélère. Alors que le vieillissement de la population est attesté, les unités de prises en charge en hébergement (40% des unités de soins de longue durée) ont été fermées et les quelques 7500 EHPAD, dont une majorité sont privés ne peuvent faire face. En 2018 on comptait 522 structures



hospitalières dédiées à la psychiatrie. La volonté de fondre cette discipline « dans le droit commun » efface les spécificités, renvoie vers la ville, où en même temps on supprime les CMP, les hôpitaux de jour...alors même que les secteurs psychiatriques représentaient une vision globale d'intégration entre soins hospitaliers et soins ambulatoires !

Aujourd'hui, nous touchons au cœur les contradictions d'un système de santé hospitalier affaibli par la pénurie de médecins et de soignants : 11% de patients de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, soit 6 millions de personnes ! Les trois épidémies de l'automne / hiver 2022, révèlent l'aggravation de la situation depuis 2020 : nous vivons une fracture dans toutes les prise en charge, ambulatoires et hospitalières. Les départs de soignants continuent et celles et ceux qui restent encore n'ont de cesse de lancer des SOS : les urgentistes, les pédiatres ; des collectifs se créent...et disparaissent, faute de combattants ! Le manque d'effectifs est une aubaine pour le gouvernement Macron/Braun pour accélérer l'effacement de l'hôpital public. Les officines, en pleine crise de grippe et COVID ne trouvent pas de personnels pour assurer les vaccinations. Les fermetures s'accroissent faute de remplaçant-e-s en pharmacie.

Alors que le ministre Braun ne jure plus que par les CPTS, les déserts médicaux, dans nombre de régions, suscitent des solutions de fortune comme des panneaux à l'entrée des villes, ou des flyers appelant la population à des dons pour financer l'embauche d'un médecin généraliste !

Mais pendant que nous avons toute notre attention, notre préoccupation, soudées à la fermeture des lits, aux milliers de soignants qui quittent leur établissement, aux bébés qui font des kilomètres dans un véhicule de SMUR, à ces femmes qui accouchent sur le bord de la route, ou encore ces patients atteints de cancer, de maladies cardiovasculaires qui perdent des années d'espérance de vie, une transformation planifiée, orchestrée par le capital se met en place. Nous avons l'habitude d'alerter sur la privatisation de l'hôpital public et du système de santé.

En réalité nous sommes confrontés à un vaste Monopoly où le capital financier, à travers des « start-up » mais aussi des fonds d'investissements et des fonds de pension étrangers mettent la main sur notre système de santé.



Des transformations qui sont autant de fuites en avant

Une stratégie générale de transformation de l'intérieur des hôpitaux publics

Celle-ci, engagée depuis plusieurs décennies se nourrit d'elle-même. Prenant appui, d'une part sur la baisse organisée des moyens de financement et d'autre part sur la volonté manifeste de maintenir « un secteur public hospitalier » en réponse à l'attachement de la population, les gouvernements successifs, et particulièrement Macron ont organisé l'intrusion du secteur privé au sein de l'hôpital, tout en validant les critères de gestion financière. Les formes sont multiples, se sont mis en place « à petite couche » et peu ou pas combattues : les mises en sous-traitance des activités et services non-soignants, comme la restauration, le ménage, la stérilisation, les services techniques, l'informatique ... C'est aussi la mise en place de Groupement de coopération sanitaire (GCS), notamment d'imagerie médicale, sous couvert de pénurie de radiologues et de manipulateurs-radio : les radiologues libéraux ont tout loisir de bénéficier d'un équipement financé par l'hôpital en payant des « royalties » modestes, tout en bénéficiant de leurs honoraires payés par des patients de l'hôpital.

C'est l'utilisation de services marchands comme Doctolib qui a colonisé les hôpitaux publics, ou encore le service de conciergerie Happytal dont la principale « mission » est de faire payer les chambres individuelles. Dans la série des activités externalisées, il faut citer la promotion des « hôtels hospitaliers » qui accompagnent le développement de l'ambulatoire et concomitante, la fermeture de lits, la fermeture des maternités de proximité... Ce sont toutes les start-up de la e-santé qui vendent leurs services, financés par l'argent public. Mais c'est aussi, favorisé par les ARS, l'appel à des sociétés d'audit et d'évaluation comme Cap Gemini pour se substituer aux services administratifs et financiers des établissements.

Depuis la loi Touraine, sous prétexte de rendre plus « fluide » l'emploi des médecins à l'hôpital, le statut des praticiens hospitaliers est menacé et la fongibilité avec l'emploi des médecins libéraux est favorisée. La pénurie de personnels soignants provoquée par des décennies de pression sur les dépenses de personnels, ouvre la voie à « l'ubérisation du soin », en généralisant l'emploi des CDD, l'intérim, la polyvalence à marche forcée au sein des équipes hospitalières déstructurées. Le temps est proche de l'avènement de véritables « plates-formes soignantes », à l'image de la restauration, des transports particuliers, où l' « armée de réserve » de soignants ayant quitté leur établissement retourneront en « auto-entrepreneurs » ! Le post-covid a favorisé ce type d'emploi aux



États-Unis avec la mise en place de la plate-forme CareRev. C'est l'économie à la tâche, basée sur des emplois flexibles à l'extrême, temporaires : un retour à la loi de l'offre et la demande de soignants qualifiés, prêts à l'emploi !

Dans l'immédiat, nous sommes confrontés à des projets d'abaissement de la formation et des compétences, sur fonds de pénurie de médecins, avec notamment le projet de loi de la députée macroniste Rist « portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé ». Sous couvert d'attractivité, de fidélisation, de décloisonnement et de trouver des solutions à court terme, l'objectif est d'ouvrir un accès direct aux IDE en pratique avancée, sans passer par un médecin (idem pour les kinés et les orthophonistes). Ayons en mémoire la note de la CDC de mars 2020, en pleine pandémie, invitée par le gouvernement à réfléchir à de « premières propositions post-covid ». Nous y trouvons l'opportunité de développer les téléconsultations, la promotion de la « santé numérique » en citant les quelques 700 start-up medtech, développer des PPP vertueux, favoriser le financement par type de fondation privée telles que celles qui participent à des groupes ESPIC, où nous retrouvons certaines compagnies comme AXA, et toujours sous couvert d'appel à l'innovation numérique...

Alors que le statut de l'hôpital public s'efface progressivement, la marchandisation de la santé et une certaine privatisation de l'hôpital public vont de pair avec le poids grandissant des groupes privés lucratifs : pendant que l'hôpital public s'oriente inexorablement vers de super plateaux techniques auxquels s'adossent les hôpitaux de proximité orientés vers la gérontologie, le rétrécissement du périmètre de l'enseignement et de la recherche publiques, le privé lucratif entend investir le marché de la santé, bien au-delà des activités hospitalières

Le capital financier investit la santé

L'hospitalisation privée représente plus d'un tiers des lits et plus de 50% des activités MCO, dont 70% en chirurgie ambulatoire et 40% en cancérologie. Le lâchage des maternités correspond à un impératif de rentabilité, le même qui a entraîné un profond mouvement de concentration qui a vu disparaître progressivement les cliniques en nom individuel ou familial.

La concentration capitaliste se retrouve au travers de 4 grands groupes, pour la plupart étrangers, adossés à des fonds d'investissements / fonds de pensions : Ramsay, Elsan, Vivalto, Almayviva (qui a repris la clinique Floréal de Bagnolet où les salariés étaient en grève pour les salaires en décembre dernier). La majorité des EHPAD sont la propriété de groupes privés comme Orpéa, Korian... L'impératif de rentabilité recherché à travers toutes les mesures visant les hôpitaux publics depuis plus de trente ans, se déploie sans vergogne dans ces groupes privés, qui choisissent les activités les plus



lucratives à coups d'investissements soutenus par le gouvernement. Le développement de ces groupes privés dans la santé est devenu une option du gouvernement Macron, et au-delà de l'hospitalisation. Les appels du pied aux médecins libéraux, afin de venir au secours de « nos pauvres hôpitaux submergés », s'adressent bien plus à ces capitaux privés qu'aux médecins de ville libéraux en nombre insuffisant, comme nous le savons. Parallèlement à l'investissement de capitaux étrangers, et même de fonds souverains comme le Koweït, le gouvernement soutient activement ce secteur à travers la BPI, la CDC très active avec sa filiale ICADE gérant les investissements immobiliers pour ces groupes ! Des banques françaises comme le Crédit Agricole et des sociétés d'assurance, des groupes comme l'Oréal y sont actionnaires.

La surexploitation des soignants et médecins ayant des limites, et alors que les tarifs baissent et que la charge de la dette augmente le maintien du chiffre d'affaires et de rentabilité devient une vraie problématique pour ces groupes qui recherchent de nouveaux relais de croissance avec la diversification de l'activité.d'

Ainsi Ramsay Santé s'intéresse à la médecine générale en ouvrant en France quatre structures de proximité en 2020, puis deux par an, appelés centres de santé, grâce notamment à l'article 51 de la LFSS 2018, sur les expérimentations de santé, dont l'ouverture de centres de santé privés ! Le groupe fait « d'une pierre deux coups » en s'offrant la captation de patients pour ses unités hospitalières. Ramsay en profite pour expérimenter le paiement à la capitation, soit un forfait correspondant au nombre de patients inscrits par an, quel que soit le suivi, provoquant un phénomène d'« écrémage » avec le renvoi de patients à multi-morbidité vers les spécialistes, et donc les listes d'attente !

Mais ce phénomène de concentration capitaliste a ses limites dans son propre développement, comme toute logique capitaliste : recherche de profitabilité sur le dos des personnels et des patients, processus d'usure et d'exacerbation des conditions de travail, vulnérabilité du système de soins avec d'un côté rationnement des offres de soins et de l'autre un système à deux vitesses qui écrase toujours plus l'hôpital public mis à contribution, notamment en cas de crise sanitaire comme nous le vivons en ce moment en cet hiver 2022, de par sa mission de service public d'accueil 24 heures/24.

La « refondation du système de santé » qu'appelle de ses vœux Macron et que le ministre Braun agite comme un hochet depuis plusieurs mois ne doit pas faire illusion, malgré les promesses du « CNR » et les dernières annonces d'assises de la pédiatrie. Nous en connaissons les attendus ultra-libéraux, mais aussi son architecture.

Pour citer cet article :



Evelyne Vander Heym, [« Où va notre système de santé ? »](#), *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, N° 44, Mars 2023.

