

L'hôpital public et les Docteurs Diafoirus à son chevet : rémission espérée et guérison aléatoire

Didier Clamer¹, Emmanuel Andrès²

¹ Avocat au barreau de Strasbourg, spécialiste en droit public

² Rédacteur en chef, professeur de médecine interne aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg
<Emmanuel.ANDRES@chru-strasbourg.fr>

Il aura fallu une nouvelle grève nationale, et des manifestations conséquentes sur l'ensemble du territoire, pour que le monde hospitalier revienne à la une de l'actualité et bénéficie de l'onction médiatique des chaînes d'information en continu, grâce à l'aphorisme qui leur est cher de « priorité au direct ».

S'en sont suivies, comme à l'accoutumée, moult incantations bienveillantes à l'égard de ses personnels à bout de souffle, jusqu'au plus haut sommet de l'État, un peu à la manière du célèbre « *Je vous ai compris* », lancé par de Gaulle à la foule algéroise, mais le charisme en moins, pourtant indispensable pour rendre crédible ce genre d'apostrophe.

La pénurie endémique de moyens, à la fois humains, matériels et financiers, le mal-être généralisé face à un passé récent chaotique et à un avenir qui apparaît d'autant plus incertain qu'il n'est que prétexte à rhétorique, sont les principaux symptômes d'une pathologie protéiforme, dont les origines sont connues et le diagnostic posé.

L'instauration d'une tarification à l'activité dans les hôpitaux publics depuis 2004 (la célèbre T2A), à l'exception de ceux en charge de la santé mentale, a largement concouru à une approche financière de l'offre de soins, et à faire reposer, *volens, nolens*, le service public de la santé sur une logique mercantile qui les a

mis, au passage, en situation de concurrence entre eux.

La véritable question de fond que pose, aujourd'hui, ce dispositif, est celle de la conception même de notre système de santé, à l'aune du glissement opéré depuis une activité de service public administratif – peu réductible, par essence, aux fourches caudines de la rentabilité – à l'inverse exigée d'un service public industriel et commercial, vers une course effrénée à la performance.

Autrement dit, si l'on considère que la santé publique doit être haussée à un rang de même importance que celui des missions régaliennes de l'État, il faut alors lui concéder, à l'instar de la défense ou de la sécurité intérieure, qu'elle est susceptible de lui coûter plus que ce qu'elle ne peut lui rapporter en espèces sonnantes et trébuchantes. Il s'agit donc d'un vrai choix politique, au sens le plus entier du terme.

L'État, justement, est le seul responsable de la crise actuelle de l'hôpital public. Pour avoir joué, bien sûr, à l'apprenti sorcier avec la tarification à l'activité, mais aussi pour avoir laissé nombre d'établissements au milieu du gué, avec les plans Hôpital 2007, puis Hôpital 2012, où après les avoir encouragés, sur fond d'aides annoncées, à investir dans d'importantes opérations immobilières de construction ou de



Tirés à part : E. Andrès

doi: 10.1684/met.2019.0811

renovation, il s'est subrepticement désengagé, parfois sur fond d'emprunts toxiques.

Mais, au-delà de ses difficultés financières, le monde hospitalier souffre également d'une crise identitaire qui n'est autre que le corollaire du sentiment de déshérence publique ancré chez bon nombre de nos concitoyens, tout en puisant aussi ses sources dans la réforme de sa gouvernance, à la faveur de la loi Bachelot de 2009, et de celles qui ont suivi, portant toutes « réforme de l'hôpital », souvent incomprises des personnels médicaux et soignants, en ce que, non seulement elles n'ont emporté aucun effet positif tangible sur leurs situations collectives et individuelles, mais que, au surplus, elles ont été perçues comme reflétant une vision technocratique éloignée de leur quotidien.

Symptômes récurrents, pathologie identifiée, protocoles thérapeutiques inefficaces, urgence vitale avérée, constituent les points critiques d'un bilan alarmant.

Le président de la République a déclaré, la semaine dernière, « avoir entendu la colère », annoncé « des mesures fortes pour la semaine prochaine » et souligné que « le plan qui a été mis en œuvre ne va pas assez vite ».

Certes, mais si les remèdes proposés n'atteignent pas le mal à sa racine, par son appréhension globale, il est peu probable que l'état de santé du patient s'améliore.

La pose de perfusions financières pourra peut-être le conduire à une rémission passagère, mais seul un traitement en profondeur est de nature à l'amener vers une lente guérison.

La suppression partielle de la tarification à l'activité, notamment pour le suivi des maladies chroniques et le fonctionnement des services d'urgence, avec un retour à la dotation globale de financement en ce qui les concerne, tout en conservant cette dernière pour les soins à « haute spécialisation », ainsi que les nomme le Code de la santé publique, associée à une gouvernance repensée conjointement avec le corps médical, apparaissent aujourd'hui comme les pierres angulaires de toute réforme.

Une réflexion de fond doit, de même, être engagée sur la place de la médecine de ville dans notre système de santé, qui demeure financée, toute libérale qu'elle se présente, à environ 70 % sur les fonds de la Sécurité sociale.

En l'occurrence, l'obligation d'assurer la continuité des soins auprès des patients, et de participer, d'une manière générale, à leur permanence – que le code de déontologie

médicale fait peser sur tout praticien – pourrait constituer le fondement juridique pertinent du retour au « médecin de garde » par secteur, et d'une obligation de disponibilité à la charge des médecins traitants déclarés, au demeurant rémunérés en cette qualité par le « forfait patientèle médecin traitant », en résurrection du Lazare médical que fut, en son temps, le « médecin de famille ».

Ne plus soumettre les services d'urgence à la tarification à l'activité permettrait d'éviter certaines dérivations préférentielles, par la régulation du service d'aide médicale urgente (Samu), de patients vers les hôpitaux publics et de rééquilibrer les flux vers les unités dédiées des établissements privés de santé qui ont fait le choix de participer au service public.

Adossée à la prise en charge par les médecins traitants des urgences de première intention de leurs patients, cette mesure serait, selon toute vraisemblance, susceptible de régler définitivement leur saturation quotidienne.

Ne plus soumettre les hospitaliers au diktat de pseudo-indicateurs médico-économiques (durée moyenne de séjour [DMS] ou autre indice de performance de la DMS [IP-DMS] taux de remplissage, etc.) permettrait aussi de redonner de la vigueur – de la santé oserions-nous écrire – aux structures hospitalières. Cela permettrait également de sortir du traitement des indicateurs pour revenir au cœur du métier de soignant, qui est de traiter des patients et de consacrer du temps à leur bien-être. Cela contribuerait sans doute également à redorer le blason de l'hôpital public et à restaurer l'attractivité du service hospitalier public.

Adossée à une hausse des effectifs de professionnels en formation pour les métiers de la santé (il est temps « de siffler » la fin effective du *numerus clausus*) et des moyens alloués à la formation, cette mesure serait de nature à « réhabiter » les services hospitaliers et les territoires désertés de notre chère république.

Si les « mesures fortes » annoncées par le président de la République ne prennent pas en compte, *a minima*, ces quelques évidences, il est à craindre, alors, que, tel Sisyphe, l'hôpital public ne s'épuise, à jamais, à pousser le rocher de sa raison d'être, qui est d'assurer à chacun l'accès à des soins de qualité, que les pouvoirs politiques de tous bords s'accordent à reconnaître comme un droit.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.