

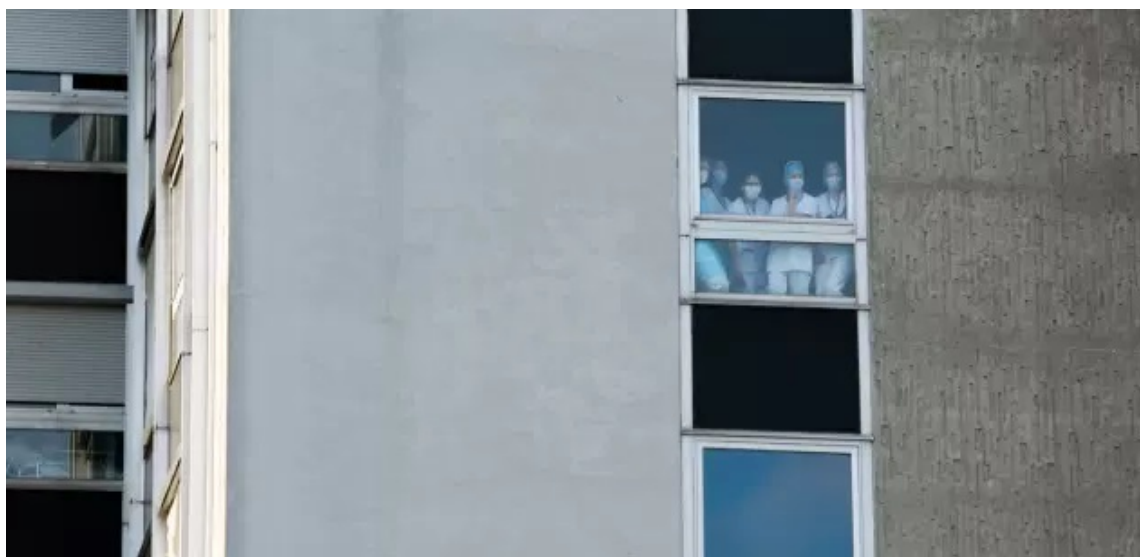
Hôpital public : comment en est-on arrivé à un tel niveau d'indigence ?

Pénurie de matériel et de médicaments, manque de personnel, appels à la charité : les failles de notre système hospitalier apparaissent au grand jour. Que s'est-il passé ? Quelles politiques ont abouti à ce désastre économique et sanitaire ? Enquête.

Par [Cécile Amar](#) et [David Le Bailly](#)

Publié le [06 avril 2020 à 10h16](#)

Temps de lecture 10 min



Des membres du personnel soignant regardent par une fenêtre du centre hospitalier Emile-Muller, à Mulhouse (Haut-Rhin), tandis qu'Emmanuel Macron visite l'hôpital militaire de campagne, le 25 mars 2020. (MATHIEU CUGNOT/POOL/AFP)



Jusqu'à ce samedi 21 mars, nous savions que les hôpitaux publics [manquaient de masques](#), [de tests de dépistage](#), de lits de réanimation, de respirateurs. Que la situation dans des régions comme le Grand Est ou l'Ile-de-France [était à la limite du supportable](#). Mais jamais nous n'avions imaginé lire ça : un appel aux dons lancé sur Twitter par le centre hospitalier de Versailles, une des villes les plus riches de France. Outre les fameux masques FFP2, l'hôpital disait manquer de « *pyjamas usage unique* », de « *tabliers* », de « *charlottes* », et même de « *draps usage unique* ». Quelques jours plus tard, une cagnotte [était ouverte sur Leetchi](#) « *au profit du centre hospitalier et de ses équipes* ». Au 3 avril, 7 005 euros avaient été collectés.

? [URGENT ENTREPRISES, COLLECTIVITÉS -APPEL AUX DONNS] besoin de masques, de blouses, de lunettes de protection, etc... <https://t.co/0qdWzTwDvb>

—CH_Versailles(@Centre hospitalier de Versailles)

Comment en est-on arrivé là ? Comment l'hôpital public s'est-il retrouvé si démuni, faisant dire à des personnalités aussi éloignées sur le plan politique que [Philippe Juvin](#), chef des urgences de l'hôpital

Georges-Pompidou (LR), et Christophe Prudhomme, porte-parole de l'Association des Médecins urgentistes (CGT), que la France est devenue « *un pays sous-développé* », voire « *un pays du tiers-monde* » ?

Une longue dérive

De toutes les régions, les témoignages affluent, stupéfiants. A Toulouse, les soignants en viennent à demander à des concessionnaires automobiles de leur fournir des surblouses. A Reims, le CHU a donné son feu vert à la production de surblouses conçues à partir de sacs poubelle. A Nancy, ce sont des parents qui offrent des babyphones au service de réanimation. A Bobigny, dans le 93, c'est l'hôpital Avicenne qui compte ses draps et flique ses soignants : chaque jour, les coffres de leurs voitures sont fouillés pour s'assurer qu'ils ne volent pas de médicaments ou de masques. « *On n'est pas protégé pour transporter les malades les plus gravement atteints. On a des tenues en papier qui se déchirent dès qu'on tourne un bras* », accuse le même Christophe Prudhomme, qui travaille à Avicenne.

Mais le mal est plus profond, fruit d'une longue dérive qui a vu une logique comptable et administrative écraser l'élán des vocations. Combien de services de réanimation, fermés ces dernières années, ont-ils dû rouvrir en catastrophe ? A l'hôpital Jean-Verdier de Bondy (Seine-Saint-Denis), à Orsay (Essonne), à Montereau (Seine-et-Marne), et bientôt, peut-être, à l'Hôtel-Dieu à Paris, comme le réclament plusieurs voix. Il y a belle lurette que l'hôpital public ne tourne plus rond. Et les appels au secours lancés cet automne par les médecins et les infirmiers résonnent à nos oreilles comme autant de regrets. En novembre, Michel Tsimaratos, chef du service de pédiatrie à l'hôpital de la Timone (Marseille), avait publié avec une quinzaine de médecins [une tribune](#) dans laquelle il mettait en garde contre le risque d'un « *krach sanitaire majeur* ». Son service, nous dit-il aujourd'hui, manque « *de pousse-seringue, de pieds à perfusion* ». Il doit faire appel à des associations pour lui « *fournir des pèse-bébé* ».



Message de soutien au personnel hospitalier, près de La Pitié-Salpêtrière, à Paris.
(Lionel BONAVENTURE/AFP)

A chaque entretien que nous réalisons, son lot d'histoires sidérantes. A Grenoble, des médecins s'occupant d'enfants atteints de diabète sermonnés par leur hiérarchie parce qu'ils passent trop de temps avec les familles. A Bastia, un chef de service se voyant refuser du matériel neuf parce qu'il n'a pas atteint « *un taux de 70 % de patients en médecine ambulatoire* » (beaucoup moins coûteuse). Ancien président du Comité consultatif national d'Ethique, le professeur Didier Sicard [a raconté sur France-Culture](#) l'histoire de cette « *femme chirurgien* » qui n'a plus de poste depuis que « *son service d'enfants brûlés a été transformé en un service de chirurgie plastique de la fesse et du sein. Parce que cela rapporte beaucoup d'argent* ». Les soignants alertaient, pétitionnaient, manifestaient, démissionnaient. Certains, même, se suicidaient. « *C'était la chronique d'une mort annoncée* », dit le neurologue François Salachas qui [avait interpellé Emmanuel Macron](#) à la Pitié-Salpêtrière, le 27 février. Le virus avait déjà commencé à se propager ; tous les éléments du drame étaient là.

« L'hôpital entreprise »

Pour comprendre ce qui arrive aujourd'hui, il faut revenir quelques années en arrière. A une série de décisions politiques qui ont changé l'hôpital, modifié sa philosophie, transformé son organisation. « *Les années 2000 sont celles où se mettent en place les réformes qui vont contribuer à ce qui se passe aujourd'hui* », analyse le sociologue de la santé Pierre-André Juven. En 1996, Alain Juppé, alors Premier ministre, crée l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam). Jusqu'en 2002, sous le gouvernement Jospin, cet objectif est en constante augmentation. « *Mais à partir de 2002, l'Ondam s'impose comme le critère de la bonne gestion des deniers publics. On contient le rythme d'augmentation entre 2 et 2,5 %. La logique de la contrainte financière s'impose à l'hôpital* », poursuit Juven.

En 2003, le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, médecin de profession, lance une réforme qui va profondément bouleverser la philosophie de l'hôpital public : la tarification à l'activité, dite « T2A ». Désormais, le budget alloué à chaque hôpital est fondé sur le nombre d'actes effectués. « *Ce système a un avantage*, explique Philippe Juvin, un de ses défenseurs, *il permet de financer l'hôpital pour ce qu'il fait vraiment. Mais il a aussi un inconvénient : il pousse ce même hôpital à ne pas faire ce qui n'est pas rentable.* » Nicole Graziani, qui dirige le service de psychiatrie, gériatrie et addictologie de l'hôpital de Bastia, n'y va pas par quatre chemins :

« *La T2A nous a assassinés. Ce fut un drame. Les médecins qui ne travaillaient qu'avec leur art, pour les patients, ont eu dans la tête des questions comme : "Qu'est-ce que ça rapporte ?" "Qu'est-ce que ça coûte ?" »*

D'où la multiplication des actes jusqu'à l'absurde pour voir son budget augmenter. Et la réduction ou la suppression de ceux qui ne rapportent pas assez. « *C'est une logique industrielle*, regrette Rémy Nizard, chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique à Lariboisière (Paris). *Plus on produit, plus les prix des actes baissent, plus on réduit le personnel ; on va peut-être plus vite, mais les infirmières restent à 1 600 euros par mois.* »

[André Grimaldi : « La santé est devenue une marchandise comme une autre »](#)

Quand Nicolas Sarkozy est élu président de la République, il revendique un double objectif : réduire les dépenses publiques et les rendre plus efficaces. C'est ce qu'on a appelé la révision générale des politiques publiques (RGPP). Des indicateurs de performance sont mis en place. L'hôpital n'échappe pas à la règle. « *Avec Sarkozy et la RGPP, le poids des restrictions financières a été terrible*, raconte Nicole Graziani. *On a dû se débrouiller avec des bouts de ficelle. Avant on soignait les gens, on les hospitalisait, il y avait des places, on avait des médicaments. Maintenant on doit toujours contrôler les risques.* » Parmi ces fameux indicateurs de performance, la durée moyenne de séjour (DMS). Plus elle est basse, plus un directeur d'hôpital est considéré comme un bon manager. Autre indicateur, le taux

de remplissage d'un service. *« On nous demande de remplir nos lits à 90-95 %. Ce qui fait que lorsqu'une crise survient, on ne peut pas faire face »*, regrette Michel Tsimaratos.

En 2009, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, fait voter sa loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). Sarkozy exige alors *« un vrai patron à l'hôpital »*. Les médecins cèdent le pouvoir aux fonctionnaires. Le concept de « l'hôpital entreprise » s'impose dans les textes et dans les esprits. Dix ans plus tard, [Bachelot se défend](#) d'avoir bradé l'hôpital public : *« La loi HPST est une loi d'organisation et en aucune façon une loi de financement. Elle n'a jamais transformé l'hôpital en entreprise. C'est un slogan qui n'a aucun sens parce que l'hôpital n'est jamais une entreprise au sens marchand qu'on lui donne. »* Ce qu'elle a voulu, dit-elle, c'est donner aux directeurs d'hôpital *« les moyens de gérer, d'arbitrer un monde écrasé de conflits internes »*.

La loi crée aussi les agences régionales de santé (ARS), dont une des principales missions est de *« veiller à la bonne gestion des dépenses hospitalières »*. Une nouvelle strate dans un secteur déjà ultra-administré. *« Avec l'augmentation et le vieillissement de la population, les besoins en soins ont augmenté de façon exponentielle, alors que le budget de la santé, lui, a stagné*, analyse Michaël Peyromaure, chef du service urologie de l'hôpital Cochin (Paris). *Mais en réalité, l'enveloppe consacrée aux soins et aux soignants a considérablement diminué. Car dans le même temps, les coûts de la bureaucratie se sont envolés. La création des ARS a entraîné l'embauche de milliers de fonctionnaires. »* Dans un esprit pas très éloigné, Philippe Juvin dénonce *« la vision comptable de l'administration. A chaque fois qu'une économie doit être faite, elle taille dans l'appareil productif – lits, infirmières – plutôt que dans ses coûts de fonctionnement »*.

Dès lors, une mécanique perverse se met en place. *« Une dérive organisationnelle »*, comme la qualifie Michel Tsimaratos. Un nouveau langage apparaît. *« Dans l'hôpital, on ne parle plus des patients ou des usagers, mais de "service clients", dénonce le diabétologue André Grimaldi, fondateur du Collectif inter-hôpitaux. On vise à fidéliser une clientèle. On ne dit plus qu'on répond à des besoins, mais qu'on gagne des parts de marché. On nous demande de faire des "business-plans". On ne dit plus qu'on est dévoué – sauf en période de crise comme maintenant – mais qu'on travaille à flux tendu. »*



Le docteur Philippe Juvin, chef des urgences de l'hôpital Georges-Pompidou à Paris.
(THOMAS SAMSON/AFP)

Chef du service de neurochirurgie au CHU de Tours, Stéphane Velut a publié en janvier « l'Hôpital, une nouvelle industrie », [dans la collection Tracts de Gallimard](#). « Nous sommes gouvernés par le haut fonctionariat, plus que jamais, dit-il. En matière de santé, il fallait faire des économies, mais rien n'a marché (tarification à l'activité, mutualisation du personnel et des moyens matériels). Finalement les hauts fonctionnaires se sont dit : "On va baisser le nombre de lits pour baisser la masse salariale." Au fond, le haut fonctionariat raisonne en flux, il déteste le principe de ce qu'il nomme le stock, pas question de disposer de lits vides. Parce que ça coûte, le stock. »

De tribunes en pétitions, les défenseurs de l'hôpital public dénoncent aujourd'hui les « 100 000 lits » supprimés en vingt ans. Les ministres et hauts fonctionnaires à l'origine de ces suppressions les justifient par « les progrès techniques », « la révolution de la médecine ambulatoire ». Des arguments auxquels ne croit pas Bernard Granger, chef du service de psychiatrie et addictologie à l'hôpital Cochin : « On a fait des économies sur le dos de l'hôpital. Il n'y a pas assez de monde pour les malades, les salaires ne sont pas assez élevés. Avant la pandémie, il manquait des centaines d'infirmières, d'aides-soignants. Par souci d'économie, on a supprimé des milliers de lits, notamment en réanimation. Il fallait de la marge. »

Un chef de service hospitalier : « Les Français vont demander des comptes aux technocrates ! »

Prenons justement l'exemple de ces lits de réanimation, au cœur de toutes les attentions puisque en nombre insuffisant pour accueillir les malades du Covid-19. Des lits qui coûtent cher, nécessitent du personnel fortement formé et très nombreux. D'après les chiffres de l'OCDE, en 1997, la France comptait 4,35 lits de « soins aigus » pour 1 000 habitants. En 2017, elle [n'en compte plus que 3,09](#) (quand, sur la même période, l'Allemagne est passée de 7,08 à 6,02, le Japon de 11,53 à 7,79, la Corée du Sud de 3,64 à 7,14, l'Italie de 5,67 à 2,62 et l'Espagne de 3 à 2,43). « Les gens qui ont décidé de réduire le nombre de lits n'ont pas anticipé qu'on se prendrait un jour une crise de cette ampleur », constate Stéphane Gaudry, réanimateur à Avicenne.

Anesthésiste réanimateur de formation, Philippe Nauche dirige les urgences de l'hôpital de Brive (Corrèze), après avoir été député socialiste du département. « Les lits de réanimation sont soumis à une seule règle, la règle à calcul, dit-il. Et on est toujours dans le trop juste. Le pilotage de la politique de santé, quels que soient les gouvernements – y compris ceux que j'ai soutenus, et j'ai le regret de le dire –, est toujours le même, un pilotage financier avant tout. On le voit aujourd'hui, ça peut avoir des conséquences graves. » Son ancien collègue à l'Assemblée Gérard Bapt, socialiste lui aussi, est cardiologue de formation. Il fait son mea culpa :

« Je me suis laissé aveugler par la révolution de l'ambulatoire. La course à la compétitivité et la réduction du nombre de lits nous amènent à la catastrophe actuelle. »

Ministre de la Santé tout au long du quinquennat de François Hollande, Marisol Touraine admet que « les transformations de l'hôpital n'ont sans doute pas reçu assez de moyens financiers ». Elle reconnaît aussi avoir eu des tensions avec le ministère du Budget : « Je n'ai pas gagné tous les arbitrages, mais je n'ai jamais hésité à remonter jusqu'au président de la République. J'ai arraché des compromis parce que j'étais têtue, que je me battais. » Et de renvoyer la responsabilité de la situation actuelle à ses successeurs : « En 2017, les comptes étaient rétablis, et des réformes avaient été faites. Il était possible de lâcher un peu les vannes, mais un autre choix a été fait. » Un exercice d'autosatisfaction qui laisse Pierre-André Juven assez dubitatif : « Jamais l'Ondam [le montant annuel des dépenses de santé, NDLR] n'a été aussi contraint que sous Marisol Touraine », dit le sociologue de la santé.

[Touraine : « En 2017, il était possible d'ouvrir un peu les vannes sur l'hôpital, un autre choix a été fait... »](#)

Nommée en 2017 par Emmanuel Macron, Agnès Buzyn n'a fait que poursuivre ce long chemin balisé aussi bien par la droite que par la gauche. Malgré les grèves, les manifestations, les démissions de chefs de service. La catastrophe annoncée est arrivée. Et miraculeusement, depuis, tout a changé. Les soignants sont devenus des « héros » qu'on applaudit aux fenêtres, le chef de l'Etat [annonce un plan d'investissement massif](#) pour l'hôpital, les lits fermés rouvrent. Face à des fonctionnaires tétanisés, les médecins reprennent le pouvoir. Avec un seul mot d'ordre : « Sauver des vies. » L'hôpital est revenu à l'endroit. Mais à quel prix.

[Cécile Amar](#) et [David Le Bailly](#)