

« AU TRAVERS DU DOSSIER DU GHM, ON VOIT QUE L'ON N'A PAS LA MAIN SUR DES OUTILS DE SANTÉ PUBLIQUE »

ENTRETIEN – Sociologue chargé de recherche au CNRS et co-auteur de *La Casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public* (éditions Raisons d'agir), Pierre-André Juven revient sur les difficultés de l'hôpital public. Et sur la reprise du groupe hospitalier mutualiste (GHM) de Grenoble. Un dossier qui, pour ce chercheur désormais élu à la Ville de Grenoble, pose un gros problème démocratique et social.

Place Gre'net – Vous étiez chercheur quand vous avez écrit ce livre *La casse du siècle – À propos des réformes de l'hôpital public*. Vous êtes désormais élu, en charge des questions de santé, à la Ville de Grenoble. Quel regard portez-vous sur la reprise du GHM par le groupe privé Doctegestio ?



Pierre-André Juven, chercheur au CNRS et élu à la Ville de Grenoble en charge des questions de santé – DR

Je regarde ça avec l'œil du sociologue qui s'est engagé dans cette mobilisation avant d'être élu.

Ce qui est dramatique sur le dossier du groupe hospitalier mutualiste, c'est que légalement et réglementairement parlant, le système actuel fait que le transfert d'activités de la mutuelle Adrea vers le groupe Doctegestio et le transfert des murs du groupe Adrea vers Icade Santé peut se faire sans qu'à aucun moment ni les salariés, ni les collectivités, ni l'agence régionale de santé donc l'État puissent intervenir et donner un avis contradictoire et avoir un droit de veto.

Au-delà de tout ce qui peut être entrepris et est entrepris, on voit qu'un outil qui est solvabilisé par notre argent, nos cotisations, ne peut à aucun moment faire l'objet d'un droit de regard. Il ne s'agit pas de reprendre la main totalement, mais de dire « non, vous ne pourrez pas décider seuls sans

concertation avec les autorités ».

Cela signifie que l'on n'a pas la main sur des outils qui sont des outils de santé publique. Maintenant, on va regarder dans les mois qui viennent ce que va devenir le GHM, mais sans capacité d'action véritable.

Il reste le droit de préemption que la Métropole de Grenoble se prépare à activer...

Le droit de préemption concerne les murs. Doctegestio a la main sur l'activité. Et sur cela, on n'a rien pu faire. On a sollicité l'ARS puisque c'est elle qui donne les agréments. Mais les agréments sont donnés a posteriori et le cas du GHM ne rentre pas dans ce cas de figure. Là, il s'agit d'un transfert d'activités de mutuelles vers d'autres mutuelles. Cet épisode pose un gros souci démocratique et social.

La crise sanitaire a, une nouvelle fois, mis en lumière les dysfonctionnements mais surtout le manque de moyens de l'hôpital public. Pour autant, ces difficultés ne sont pas nouvelles. À quand remontent-elles ?

La mise en place au début des années 2000 de la tarification à l'activité, la T2A, est très souvent présentée comme le début de la casse de l'hôpital parce qu'elle incarne un mode de financement à l'activité. Les hôpitaux vont alors être obligés de courir après la productivité et un certain nombre de tarifs et de séjours qui vont être rentables.

La tarification transforme alors l'hôpital public en une forme d'entreprise qui voit ses recettes dépendre de son niveau d'activité. Le problème étant que l'hôpital ne choisit pas son activité, voire plutôt la subit, comme ça se passe typiquement aujourd'hui. Cela crée une forme d'incohérence entre le mode de financement et les besoins de l'hôpital public.

Mais la tarification en tant que telle n'est pas suffisante. Elle vient s'articuler à un autre mécanisme : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). L'Ondam plafonne les recettes des hôpitaux. Le problème, comme le souligne Brigitte Dormont, c'est que l'on se retrouve avec un effet prix-volume.

« La dette des hôpitaux publics a été multipliée par trois dans les années 2000 »

D'un côté, on encourage les hôpitaux à produire le plus possible pour générer le plus de recettes possibles, comme une entreprise classique. Mais de l'autre, l'État et l'Assurance maladie disent : « *de toute façon, à la fin de l'année, il y a une enveloppe qui est votée et que vous ne pourrez pas dépasser.* » Le volume global va se répercuter sur le niveau de prix. C'est ce qui fait qu'on arrive à une diminution des tarifs ou des enveloppes qui ne sont finalement pas versées aux hôpitaux.

Puis, à la fin des années 90 et au début des années 2000, une série de réformes et de dispositifs, d'outils, d'indicateurs de performance ont été mis en place avec vocation d'accroître la performance des soignants et des soignées.



© Jérôme Diaz – Placegrenet.fr

À quoi s'ajoute un énorme endettement. La dette des hôpitaux publics a été multipliée par trois dans les années 2000. On passe à peu près de 10 à 30 milliards. Cet endettement, l'État refuse de l'assumer. Donc il reporte sur les hôpitaux le fait de s'endetter, tout en les laissant négocier eux mêmes des emprunts parfois colossaux. C'est la période – qui a aussi touché les collectivités locales –

des emprunts toxiques. Aujourd'hui, des hôpitaux sont toujours en train de digérer leurs emprunts structurels.

« Les moyens alloués à l'hôpital augmentent mais sans rapport avec les besoins en santé »

Tout cela avec une volonté de contracter les moyens. Bien sûr que les moyens alloués à l'hôpital public augmentent. Bien sûr que les dépenses de santé évoluent, de l'ordre de + 2 à + 2,5 %. Mais la question c'est « à quel niveau elles évoluent » ? La question n'est pas de prendre ce chiffre en tant que tel mais de le mettre en rapport avec les besoins. Or on peut considérer qu'on est sur une augmentation de l'activité hospitalière sur ces vingt dernières années plus de l'ordre de 10–15 % que de 2–3 %.

Après, il y a une deuxième temporalité. En remontant aux années 70–80, la logique est différente. Il ne s'agissait alors pas de privatiser l'hôpital mais c'est le moment où l'on a commencé à voir apparaître un certain nombre d'outils de gestion et une rationalité budgétaire, dans tout un tas d'autres politiques publiques d'ailleurs.

Un peu les prémices de ce que l'on voit aujourd'hui ?

C'est un peu différent. Car la logique qui prévaut dans les années 80, c'est une logique très influencée par des grands corps de l'État et notamment des grandes écoles d'ingénieurs, notamment les Mines et Polytechnique. Les chercheurs qui vont travailler à transformer le rapport à l'hôpital ne sont pas sur cette logique de la rentabilité, de la sur-productivité, de la tarification. Ils s'y opposent même. C'est donc une logique un peu différente mais c'est le moment où l'on a une rationalité budgétaire et ce souci gestionnaire qui se développe dans toute l'administration et dans tous les secteurs de l'action publique.

Où en est-on de la réforme maintes fois annoncée de la T2A ?



Pierre-André Juven est aussi conseiller municipal délégué à la santé et l'urbanisme. © Joël Kermabon – Place Gre'net

Ce qui a été annoncé, c'est pour l'instant une révision à la marge. Il y a eu des annonces d'Agnès Buzyn confirmées par Olivier Véran mais on reste sur des modifications mineures et cela reste des annonces. Le premier point à retenir, même si cela a mis du temps à arriver, est qu'ils ont fini par reconnaître que ce mécanisme de financement avait des vicissitudes.

Ce qui a été malin de leur part, c'est que pour désamorcer la critique et notamment des mouvements de défense de l'hôpital public, des syndicats, des partis de gauche, des intellectuels qui se sont engagés dans cette bataille pour l'hôpital public – dont je fais partie très humblement –, il y a eu une focale sur la T2A.

La T2A a été l'outil qui incarne tous les problèmes alors que ce n'est qu'un problème parmi tant d'autres. La question principale ce n'est pas tant les modalités d'allocation des moyens – ce qu'est la T2A – que le niveau des moyens. Et sur cette question, il y a moins d'écoute de la part de l'État.

Face à des soignants en colère, Emmanuel Macron avait invoqué des problèmes d'organisation pour justifier les difficultés de l'hôpital public. La crise de l'hôpital, est-ce seulement une crise des moyens ?

Le livre que nous avons écrit avec Frédéric Pierru et Fanny Vincent part de cette double lecture de la crise. Avec une lecture organisationnelle d'un côté et une lecture financière de l'autre. C'est évidemment faux de dire que ce n'est qu'un problème d'organisation. C'est juste une manière pour l'État de dire « on ne va pas mettre plus d'argent ». Mais là où c'est encore plus faux, c'est que les soignants qui sont mobilisés depuis deux ans ne nient pas qu'il y a un enjeu d'organisation et de place de l'hôpital dans le système de santé à repenser.



Depuis des années, le personnel des hôpitaux réclame plus de moyens, comme ici à l'hôpital de Voiron © Patricia Cerinsek

Le problème est que pour décharger l'hôpital d'une partie de ses missions, et donc pour réorganiser le système de santé, il faut à côté des structures capables d'opérer, par exemple une première prise en charge en urgence. Il faut qu'il y ait des structures capables de faire de l'éducation thérapeutique pour tout ce qui est maladies chroniques.

Or à regarder la démographie médicale, il y a de quoi être très inquiet. On voit que l'on déshabille Paul en attendant de recevoir les vêtements pour Jacques. Cela va prendre du temps avant que la médecine de ville, les maisons de santé etc. soient renforcées ou déployées de façon encore plus massive qu'elles ne le sont aujourd'hui. Au cabinet d'Agnès Buzyn, on l'admettait en off : si tant est que la réforme Ma santé 2022 a des effets, ils n'arriveront pas avant cinq ou dix ans.

Il y a bien un problème d'organisation et de coordination. On l'a vu au printemps dernier

quand des professionnels libéraux ont à Grenoble mis en place un centre Covid. Faute de patients, qui n'étaient pas ré-acheminés vers ce centre par manque d'information, et à défaut d'un paiement de ces libéraux au forfait, le dispositif a tenu quinze jours... C'était pourtant une solution pour décharger l'hôpital public...

Oui, et il faut reconnaître qu'un travail est fait de la part des pouvoirs publics pour essayer de soutenir des initiatives. Comme cette mesure, annoncée dans le Ségur de la santé, de soutenir la création de 61 centres de santé participatifs. Un a été mis en place dans la région grenobloise, à Échirolles.

Ce sont des dispositifs où les médecins sont salariés, assurent des activités médicales de consultation mais aussi de tout autre ordre : le médico-social, l'éducation thérapeutique... C'est une très bonne décision. On attend de voir maintenant les montants de soutien. Il y a des solutions qui sont portées mais elles sont encore trop fébriles. Mais en attendant qu'elles se déploient, il est inconcevable de continuer de pressuriser l'hôpital public.

Cette dégradation de l'hôpital public fait-elle le jeu du privé, avec au bout une privatisation de la santé ?



Depuis 2016, le privé s'est au service radiologie de l'hôpital de Voiron allié au public dans le cadre d'un groupe d'intérêt économique © Patricia Cerinsek

Historiquement, le privé a toujours été très présent. À l'intérieur de l'hôpital public, les consultations privées existent depuis très longtemps. Elles font même partie du pacte de départ de l'hôpital public dans les années 60–70 pour convaincre des praticiens de venir travailler à l'hôpital.

Mais un exercice privé en santé n'est pas forcément un problème. Cela peut-être le fait d'une association par exemple. Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements privés.

Le problème en santé, c'est le lucratif. Il est très présent et très déployé, donc nous en sommes très dépendants. Cela serait faux de dire qu'on pourrait du jour au lendemain se débarrasser des cliniques privées par exemple.

Le problème que pose le privé, c'est la captation d'une partie des richesses publiques. Que l'on soit un établissement privé ou public, on est solvabilisé par l'assurance maladie. Le principal financeur des cliniques privées, de l'hôpital public, de n'importe quel médecin, c'est l'Assurance maladie.

« Le problème que pose le privé dans la santé, c'est la captation d'une partie des richesses publiques »

Quand on cotise, nous citoyens, citoyennes à l'Assurance maladie, et qu'on cotise pour un système qui soit juste pour tous et toutes, on attend que cet argent aille dans les structures de santé qui rémunèrent les personnes qui y travaillent, qui permettent de rénover les bâtiments, d'acheter de nouvelles machines, des vaccins... bref qui contribuent à la santé. Le problème avec les modèles

privés, c'est qu'une partie de cet argent commun est capté par des acteurs privés marchands et par leurs actionnaires.



Des internes manifestant pour défendre la santé publique à Grenoble © Raphaëlle Denis – Place Grénet

Il y a énormément d'entreprises en santé qui profitent de la faiblesse financière des hôpitaux, notamment pour se doter de matériels, et qui proposent de mettre leurs moyens à disposition. En échange, les hôpitaux doivent s'engager à réaliser tant d'actes, reverser tant de loyers, tant de pourcentage des facturations et des tarifications... C'est très pernicieux.

Sur le moment, cela évite à l'établissement de déboursier des centaines de milliers d'euros. Mais combien est-ce que cela va effectivement coûter ? Et surtout dans quelles mesure cela ne rend pas les établissements publics captifs de ces entreprises ?

Propos recueillis par Patricia Cerinsek