André Grimaldi: «La ministre de la santé cherche le compromis, elle a tort»

PAR CAROLINE COQ-CHODORGE
ARTICLE PUBLIÉ LE VENDREDI 12 DÉCEMBRE 2014

Entretien vidéo dans l'article

Grèves des médecins libéraux et des cliniques privées, scepticisme des hospitaliers : face à la fronde, l'examen du projet de loi de santé de Marisol Touraine est reporté *« au printemps »*. Membre du Mouvement de défense de l'hôpital public, le diabétologue André Grimaldi juge le texte *« confus »*, bien loin d'une nécessaire *« réforme structurelle »*. Il prédit son dépeçage par les corporatismes.

Le projet de loi "relatif à la santé" doit être le principal texte législatif du quinquennat en matière de santé. Vaste, il entend amorcer le virage de notre système de soins vers la prévention des maladies, créer un *« service territorial de santé »*, pour mieux organiser les soins de proximité, faciliter l'accès aux soins en rendant obligatoire le tiers payant – c'est-à-dire l'avance de frais – chez les médecins libéraux. Il entend également renforcer la place des usagers dans le système de santé, ainsi que leurs droits. Il revient encore sur quelques points de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du quinquennat Sarkozy : le « service public hospitalier » est réinscrit dans la loi et redéfini.

« Ce projet de loi est confus, car la ministre de la santé cherche le compromis. Mais il ne peut pas y en avoir dans ce secteur travaillé par les corporatismes. Marisol Touraine a seulement réussi, une nouvelle fois, à les déchaîner. Elle va donc reculer, point par point », prédit le professeur André Grimaldi. Professeur émérite de diabétologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, il est une des voix de l'hôpital public. Son engagement contre « l'hôpital entreprise » remonte à la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), portée par Roselyne Bachelot en 2009. Il dénonce aujourd'hui la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, décidée par François Hollande.

Ses prédictions prennent forme. Les médecins libéraux, opposés à la généralisation du tiers payant, appellent à la grève pendant les fêtes de fin d'année. Les cliniques privées prévoient de fermer leurs portes début janvier, pour protester contre la redéfinition du service public hospitalier. Marisol Touraine annonce donc vendredi 12 décembre dans *Libération* que l'examen du projet de loi, prévu initialement fin janvier, est reporté *« au printemps »*, afin de rouvrir les discussions *« sur les mesures qui font débat »*. Pour André Grimaldi, cette loi de santé ne règle aucune des *« contradictions »* du système de santé français, qui ne pourra en sortir qu'à la condition d'une *« réforme structurelle »*, portée par *« un rapport de force sociale »*. Entretien.

Sous le précédent gouvernement, avec d'autres praticiens hospitaliers parisiens réunis au sein du Mouvement de défense de l'hôpital public, vous avez milité contre la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST). Pendant la présidentielle, vous avez tenté de faire émerger un débat sur le système de santé. L'un des membres de votre mouvement, le neurologue Olivier Lyon-Caen, est aujourd'hui le conseiller santé de François Hollande. Vous retrouvez-vous dans ce projet de loi ?

André Grimaldi : Ce texte modifie des mots, sans changer le contenu de la loi HPST. Le nom de « service public hospitalier » est rétabli. C'est très bien... Mais les cliniques pourront participer à ce service public si elles remplissent certaines « obligations » : pas de dépassement d'honoraires, une permanence des soins, des délais d'attente raisonnables, pas de sélection des patients. Mais cette définition du service public oublie l'essentiel : son objectif n'est pas la recherche de la rentabilité, mais le juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité ; les établissements et les professionnels doivent être indépendants à l'égard des puissances financières privées. Les cliniques privées commerciales ne peuvent donc pas en

faire partie même si, en cas de défaut du service public hospitalier, elles peuvent en assumer certaines missions.

Ce projet de loi est confus, car la ministre de la santé cherche le compromis. Mais il ne peut pas y en avoir dans ce secteur travaillé par les corporatismes. Marisol Touraine a seulement réussi une nouvelle fois à les déchaîner. Elle va donc reculer, point par point. Le contexte est également très mal choisi : à mi-mandat, quand le gouvernement est au plus bas dans les sondages, et à quelques mois d'une période électorale cruciale chez les médecins libéraux.

Ceci dit, il y a aussi de bonnes choses dans ce texte : il fait une large place à la prévention, il renforce les droits des usagers, en créant des actions de groupe pour que les patients obtiennent réparation en cas de scandale sanitaire. Le tiers payant pour la médecine de ville est sur le principe une bonne chose, comme la création d'infirmières « cliniciennes » ayant des responsabilités thérapeutiques.

Le projet de loi de santé de Marisol Touraine apporte-t-il les corrections nécessaires à la loi Bachelot ?

Les médecins libéraux sont les plus bruyamment mécontents. Leurs syndicats sont largement hostiles au tiers payant obligatoire, c'est-à-dire à la fin de l'avance de la consultation chez le médecin généraliste. Pourquoi refuser de rendre ce service au patient, en pleine crise économique ?

Leurs craintes sont en partie légitimes : le tiers payant est une charge administrative très lourde pour un médecin libéral, seul dans son cabinet. Comment fait-il pour se faire rembourser par près de 500 complémentaires santé ? Est-ce à lui de vérifier si les patients sont à jour de leurs droits ? En revanche, quand les médecins libéraux agitent le risque d'un consumérisme des patients, ils parlent en réalité d'eux-mêmes. Ce sont eux qui sont amenés à multiplier les actes de façon non justifiée pour maintenir, et si possible augmenter, leurs revenus.

Mais en voulant imposer le tiers payant, le gouvernement passe à côté du sujet. L'urgence de notre système de santé est de construire une équipe de soins de proximité, une coordination entre les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, les kinésithérapeutes… travaillant avec les acteurs sociaux et l'hôpital. Notre système est admirable pour les maladies graves, les problèmes aigus, pour réaliser des exploits techniques quotidiens comme les greffes d'organe. Ce qui ne marche pas, c'est la prise en charge des 17 millions de patients atteints de maladies chroniques : diabète, sida, insuffisance cardiaque, polyarthrite, insuffisance respiratoire, maladies neurodégénératives… Pour bien soigner ces patients, les professionnels de santé libéraux doivent travailler de manière coordonnée, en proximité, en prenant en compte la situation sociale et psychologique du malade. C'est complexe. Pour y parvenir, il faut faire évoluer le paiement à l'acte des libéraux. L'intérêt du médecin libéral est aujourd'hui de soigner très vite, en 15 minutes, le patient qui va bien. Ce n'est pas de prendre le temps nécessaire pour le patient diabétique qui va mal, en s'intéressant à sa vie. Résultat : plus de la moitié des traitements prescrits ne sont pas correctement suivis par les malades !

Il faut construire le service public de la médecine de proximité avec ceux qui le veulent : les centres de santé, les médecins organisés en pôles et maisons de santé, les jeunes médecins qui aspirent à travailler en équipe et à avoir moins de tâches administratives, etc. Que les autres médecins libéraux continuent à travailler comme ils le souhaitent. Mais que ceux qui veulent sortir du paiement à l'acte puissent le faire. La loi doit tracer ce chemin-là, vers une nouvelle médecine centrée sur le malade et pas seulement sur la maladie, une médecine personnalisée, intégrée et coordonnée, sans reste à charge ou avec un reste à charge faible pour les malades. Bien sûr, il y aura conflit. Mais il n'y aura pas de changement dans le monde de la santé sans crise.

L'hôpital est lui aussi payé à l'activité, donc contraint à la productivité pour trouver un équilibre budgétaire. Vous portez une critique contre ce système de tarification installé en 2004. Or, il n'y a aucune avancée sur ce point dans le projet de loi.

[[lire_aussi]]

Ces critiques sont largement partagées. Une commission a même été créée pour faire évoluer la tarification à l'activité (T2A), en introduisant des indices de qualité. Mais au lieu de s'éloigner de ce système, on va encore le complexifier ! Avec la T2A, ce sont les méthodes de gestion du privé qui sont entrées à l'hôpital. Il doit adopter un business plan, qui consiste à développer les activités les mieux rémunérées (la chirurgie de l'obésité par exemple) et à **« optimiser » le codage de l'activité, c'est-à-dire à augmenter la facture à la Sécurité sociale** ! On ne se demande plus si ces activités sont justifiées et utiles, on se préoccupe seulement de savoir si elles sont rentables. Chaque directeur d'hôpital, chaque médecin hospitalier connaît désormais le dilemme suivant : « défendre mon hôpital ou défendre la Sécu ». Le débat est vite tranché. Pourtant, l'hôpital reste contraint par l'Objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM) : si l'enveloppe budgétaire est dépassée, ses tarifs baissent. Il est donc condamné à augmenter son activité avec moins de moyens, c'est-à-dire selon la novlangue à accroître sa productivité.

Pour les soins très techniques, standardisés, programmés, comme la pose de la prothèse de hanche ou la chirurgie de la cataracte en ambulatoire, la tarification à l'activité a du sens. Mais il existe deux autres méthodes de financement des hôpitaux : le prix de journée et la dotation globale. Le diabète, qui est une maladie chronique, est adapté à un financement par la dotation globale. Pour les soins palliatifs, c'est bien sûr le prix de journée qui a le plus de sens, puisqu'il est difficile de prévoir la durée d'une fin de vie. Il faudrait utiliser ces trois modes de financement.

Le Parlement vient d'adopter un Ondam en progression de 2 % seulement pour l'hôpital, alors que les besoins de santé augmentent bien plus vite. Il se retrouve sous une contrainte financière sans précédent. Comment se porte-t-il ?

Mal, la qualité des soins se dégrade, je le constate tous les jours. La loi HPST a rayé le terme « hôpital public ». On parle désormais d'établissement de santé, où les mots d'ordre sont : polyvalence, mobilité et mutualisation. La productivité augmente et les effectifs baissent. Les malades deviennent des clients. On travaille à « flux tendu », les infirmières tournent sur différents services, les identités professionnelles sont abîmées, les collectifs sont détruits. Le problème, c'est qu'un service est bon quand il a une équipe stable avec des effectifs en nombre suffisant, formés, habitués à travailler ensemble. On arrive sur un fracas : l'absentéisme explose, la qualité des soins se dégrade.

La France consacre déjà 12% de sa richesse nationale à sa santé : peut-on aller beaucoup plus loin ?

Depuis les années 1980, le système de santé connaît un effet de ciseau : les dépenses croissent bien plus vite que la richesse nationale, il faut les maîtriser. Il n'y a que deux types de régulations possibles. La première est la privatisation de la santé: on développe les franchises, les forfaits hospitalisations, autant de dépenses qui sont transférées vers les malades et les assurances privées dites « complémentaires santé ». C'est le modèle américain avec ses inégalités. La deuxième régulation est publique : la santé est un bien commun, on décide quelle somme on souhaite lui affecter. C'est le modèle britannique, qui comporte un risque de rationnement et de listes d'attente pour les soins non urgents.

Le système de santé français a-t-il atteint ses limites ?

La France n'a jamais fait de choix, elle alterne régulation publique et privatisation. Alain Juppé a créé en 1996 l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté chaque année par le Parlement, pour réguler les dépenses de santé. Au départ indicatif, il est devenu contraignant : lorsque l'objectif est dépassé, des mécanismes de coupes budgétaires entrent en action. Côté privatisation, Bérégovoy a créé le forfait hospitalier, Chirac puis Sarkozy ont développé les franchises. Tous les gouvernements font en réalité un peu de régulation publique et un peu de privatisation, sans grandes différences entre les gouvernements de droite et de gauche.

Ce système mixte est l'héritage du compromis de 1945. En 1944, le programme du Conseil national de la résistance prévoit de construire un service national de santé, sur le modèle britannique : universel, gratuit, géré par l'État, financé par l'impôt. Mais dès 1945, on est entré dans les compromis et dans les contradictions. Le premier compromis est trouvé avec les médecins libéraux, qui sont contre la Sécurité sociale et contre l'État : ils obtiennent le respect de la liberté d'installation, le paiement direct, des négociations directes avec l'assurance maladie. Le deuxième compromis est conclu avec la Mutualité française : la Sécurité sociale ne couvre que 80% des frais de santé remboursés, 20% restant à la charge des malades, qui peuvent souscrire une mutuelle. Le dernier compromis concerne le mouvement ouvrier : l'assurance maladie est financée par les cotisations sociales sur le travail, et les partenaires sociaux obtiennent d'en être les cogestionnaires.

C'est un système qui satisfait tout le monde et qui a très bien marché pendant pendant les Trente Glorieuses, en période de forte croissance : les dépenses de santé progressent très vite, au bénéfice de tout le monde. Elles pèsent 2 à 3% de la richesse nationale dans les années 1950, 6% dans les années 1968, 12% aujourd'hui. Ce système coûte cher, parce qu'il n'est pas régulé, mais aussi parce qu'il y a deux financeurs : l'assurance maladie et les 500 complémentaires santé. Au total, nos coûts de gestion sont deux fois plus importants que la moyenne des pays de l'OCDE : 7% des dépenses de santé, soit 16 milliards d'euros.

Le système de santé est prisonnier de ses contradictions. Mais tout débat semble impossible: le sujet est trop complexe, il y a trop de lobbies. Pour les gouvernements de gauche comme de droite, il n'y a que des coups à prendre. Pourtant, il est impératif d'engager une réforme structurelle et d'être prêt à affronter les lobbies en évitant de les coaliser. Faute de rapport de force sociale, il faut avancer pas à pas. Encore faut-il savoir où l'on veut aller !

Directeur de la publication : Edwy Plenel
Directeur éditorial : François Bonnet
Le journal MEDIAPART est édité par la Société Editrice de Mediapart (SAS).
Durée de la société : quatre-vingt-dix-neuf ans à compter du 24 octobre 2007.
Capital social : 32 137,60€.
Immatriculée sous le numéro 500 631 932 RCS PARIS. Numéro de Commission paritaire des publications et agences de presse : 1214Y90071.
Conseil d'administration : François Bonnet, Michel Broué, Gérard Cicurel, Laurent Mauduit, Edwy Plenel (Président), Marie-Hélène Smiéjan, Thierry Wilhelm. Actionnaires directs et indirects : Godefroy Beauvallet, François Bonnet, Gérard Desportes, Laurent Mauduit, Edwy Plenel, Marie-Hélène Smiéjan ; Laurent Chemla, F. Vitrani ; Société Ecofinance, Société Doxa, Société des Amis de Mediapart.
Rédaction et administration : 8 passage Brulon 75012 Paris
Courriel : contact@mediapart.fr
Téléphone : + 33 (0) 1 44 68 99 08
Télécopie : + 33 (0) 1 44 68 01 90
Propriétaire, éditeur, imprimeur et prestataire des services proposés : la Société Editrice de Mediapart, Société par actions simplifiée au capital de 32 137,60€, immatriculée sous le numéro 500 631 932 RCS PARIS, dont le siège social est situé au 8 passage Brulon, 75012 Paris.
Abonnement : pour toute information, question ou conseil, le service abonné de Mediapart peut être contacté par courriel à l'adresse : serviceabonnement@mediapart.fr. Vous pouvez également adresser vos courriers à Société Editrice de Mediapart, 8 passage Brulon, 75012 Paris.