

Refondation
du service public hospitalier
et des politiques publiques
relatives aux handicaps

Dans la même collection

Déjà parus:

Le capitalisme est-il la fin de l'Histoire?
Sous la direction de Robert Lévy et Xavier F. Renou

Chroniques médicales irrévérencieuses
Philippe Renou

ISBN : 9791096310623

© au Pont 9, Paris, 2020

texte édité par Robert Lévy

Illustration de couverture : ©droits réservés

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'Auteur ou de ses ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Renaissance des Lumières

**Refondation
du service public hospitalier
et des politiques publiques
relatives aux handicaps**

Édouard Couty, Hervé Rihal

Préface de Philippe Renou

Ce n'est ni en défaisant l'État social
ni en s'efforçant de le restaurer
comme un monument historique
que l'on trouvera une issue à la
crise sociale et écologique. C'est
en repensant son architecture à la
lumière du monde tel qu'il est et tel
que nous voudrions qu'il soit.

Alain Supiot.
*Chaire État Social et Mondialisation :
analyse juridique des solidarités (2012-
2019). Collège de France 2019. Leçon
de clôture prononcée le 22 mai 2019.*

Table générale

Préface, <i>Philippe Renou</i>	7
Service public hospitalier : refonder un colosse aux pieds d'argile, <i>Édouard Couty</i>	15
Propos critiques sur les politiques publiques rela- tives aux handicaps, <i>Hervé Rihal</i>	197

Préface

La pandémie que nous vivons le montre bien, nous sommes à la croisée des chemins : ou bien nous restons tous solidaires pour gérer la crise, ou bien, sous couvert de concurrence nationale et/ou internationale, nous faisons du « chacun pour soi ». C'est pour répondre à cet impératif que la collection « Renaissance des Lumières » a demandé à deux experts d'éclairer notre chemin s'agissant du Service Public Hospitalier (SPH) et des politiques publiques relatives aux Handicaps. Édouard Couty est connu depuis longtemps du monde de la Santé et Hervé Rihal du monde juridique et médico-social. Ils ont accepté d'écrire ce livre pour remettre, autant que possible, les choses en place, redonner du sens, au moment où l'économie prend de plein fouet ce drame actuel mondial et où il est urgent de ne pas laisser sur le côté de la route tous ceux qui n'ont plus les moyens (financiers), mais qui ont besoin de « soins » et « prendre soins » (cure and care). Les meilleurs livres sont ceux que ceux qui les lisent, croient qu'ils auraient pu écrire, nous dit Pascal. Au minimum, l'auteur de cette préface, est convaincu qu'Édouard Couty et Hervé

Rihal contribuent ici fortement à l'indispensable réflexion pour repartir au plus vite, donner du sens et combattre en particulier, au niveau européen, la crise sanitaire actuelle et les insuffisances de prise en compte de la place des Handicaps dans la société. Disons maintenant rapidement ce qui justifie cet enthousiasme pour nos deux auteurs. Les deux parties sont équilibrées et écrites séparément. Une brève présentation du plan de chacune d'entre elles suffira pour convaincre le lecteur.

Édouard Couty, ancien directeur des Hôpitaux, conseiller maître à la Cour des Comptes, a vécu sa vie professionnelle sans jamais oublier que le Service Public Hospitalier, depuis les Ordonnances d'octobre 1945, se devait d'être ouvert à tous et solidaire. Dans la première partie de l'ouvrage il raconte, avec beaucoup de lucidité, la naissance et le développement d'un grand service public où, après la magnifique explosion sanitaire liée aux Ordonnances de 1958, puis les « Trente Glorieuses », il y a eu l'ère des gestionnaires, avec contraintes et compromis directement liés au ralentissement de la croissance économique mondiale, mais aussi à la mise en place du néolibéralisme reaganien et thatchérien sous l'inspiration de von Hayek. Malgré tout en France, la solidarité a été maintenue et dans les années 90, l'émergence de la démocratie sanitaire a mis en lumière, dans notre système social et libéral, la nécessité d'un service public hospitalier (SPH). La deuxième partie de l'ouvrage « raconte » comment, avec l'explosion des découvertes et des techniques en matière de santé, l'État, qu'il soit dirigé par la droite ou la gauche, a maintenu une politique de santé à la fois libérale et

sociale, mais où, « un libéralisme gestionnaire s'est trouvé sous la haute surveillance de l'État Central ». Le développement progressif de l'Hôpital-Entreprise et le maintien de la concurrence comme régulateur des dépenses hospitalières, ont abouti à fragiliser le concept même de service public hospitalier avec, peu à peu, la proposition de missions d'intérêt général au plus offrant...L'État gestionnaire libéral laissait la voie « vers la mort annoncée du service public hospitalier ». Dans la troisième partie, il est question de la crise institutionnelle installée depuis une dizaine d'années où la réduction des déficits publics passe par la diminution des lits (corrélée aux besoins réels) dans les Hôpitaux, la diminution du personnel soignant hospitalier et la perte de sens des missions de l'hôpital public. C'est dans cette troisième et dernière partie de l'ouvrage, que le plan « ma santé 2022 » est discuté, « rattrapé », on le sait, par le tsunami du premier trimestre 2020, puis le « Ségur » de la santé, coordonné par le nouveau ministre Olivier Véran. Trois grands défis, très importants, doivent être lancés pour assurer une refondation de notre système de santé et pas seulement des hôpitaux publics. Il nous faut collectivement faire des choix s'agissant de notre système hybride, libéral et social à la fois. Le « bien vivre » ensemble passe par là...L'équilibre, prévention, soin, prendre soin, doit impérativement être développé. Les inégalités d'accès aux soins, les maladies chroniques, le vieillissement de la population, la santé mentale, sont des problèmes de santé publique, nécessitant des financements intelligents, des réseaux vertueux, des personnels compétents et motivés. Il va sans dire que la jonction entre l'ambu-

latoire et le SPH maintenu doit être l'objet de toutes les attentions entre libéraux et hospitaliers. Pour finir de convaincre le lecteur de lire vite le magnifique livre d'Édouard Couty, il suffit de le citer : « le management à l'hôpital public, c'est l'art de donner du sens, de faire partager un projet, d'associer l'autre à la décision, de le faire participer, de donner à tous de la visibilité pour l'action. »

La deuxième partie de l'ouvrage est écrite par Hervé Rihal, aveugle de naissance, professeur agrégé de droit public à l'Université d'Angers, docteur en droit, ancien directeur du Centre Jean Bodin, laboratoire de recherche politique et juridique et spécialiste reconnu du secteur médico-social, au niveau local comme national. Prolongeant le travail d'Édouard Couty, Hervé Rihal se propose de porter un regard critique sur les politiques publiques relatives aux handicaps. Son parcours, à la fois juridique et politique est passionnant et souligne une nouvelle fois combien tous les citoyens doivent connaître et soutenir la solidarité devant les handicaps. Il s'agit bien de handicaps au pluriel et l'auteur regrette la propension des pouvoirs publics à parler du handicap au singulier, oubliant les spécificités de chacun, donc l'obligation de s'adapter, y compris sur le plan juridique, à chaque problématique singulière. Nous sommes quinze ans après la loi du 11 février 2005, loi essentielle au milieu d'autres plus récentes qui la complètent, l'enrichissent, ou même parfois la corrigent. Il est donc particulièrement important, indépendamment des questions médicales non évoquées ici, de refaire le point, apprécier les progrès réels réalisés, mais aussi de faire des propositions.

On comprend alors combien l'ouvrage d'Hervé Rihal complète celui d'Édouard Couty et cherche, lui aussi, à renforcer la solidarité devant les Handicaps, bref, propose une authentique refondation.

Au début du texte, il est question des droits fondamentaux, en particulier ceux édictés par les Nations-Unies (convention internationale du 30 avril 2007 relative aux droits des personnes handicapées). Cette convention a été ratifiée par la France (loi du 31 décembre 2009) et doit être analysée à la lumière de la jurisprudence française. Elle traite les personnes handicapées comme des personnes singulières devant être traitées de façon spécifique. Formellement, les personnes handicapées jouissent de toutes les libertés fondamentales, mais en pratique, souligne Hervé Rihal, c'est la restriction de participation à la vie en société qui doit occuper notre attention. L'exercice restreint des libertés individuelles, le recours à la méthode des quotas, la limitation des droits des personnes handicapées du fait de l'exercice abusif de ces mêmes droits par les personnes valides, tout cela pèse quotidiennement dans la balance. La critique précise, rigoureuse, toujours constructive, se poursuit par l'analyse de la scolarisation des jeunes handicapés. Cette scolarisation en milieu ordinaire est une bonne intention, mais pouvant « conduire à l'enfer ». En effet, l'école doit savoir s'adapter. L'Education Nationale, depuis la loi du 11 février 2005, est compétente concernant la scolarisation des enfants handicapés. La mise en place d'un service public de l'inclusion scolaire ou le recours nécessaire aux établissements médico-sociaux sont complémentaires. L'école inclusive depuis

la loi du 26 juillet 2019, officialise les pôles inclusifs d'accompagnement dans chaque département. La coopération entre les établissements sociaux et médico-sociaux, assure la continuité du parcours de scolarisation des élèves en situation de Handicap. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la Commission Exécutive qui l'administre, ses missions, (accueil, information, conseil, sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps) sont ensuite développées. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est le dispositif d'appui central. La composition, le fonctionnement au sein du département sont analysés et critiqués, qu'il s'agisse de l'orientation, puis de l'attribution des allocations aux personnes handicapées. S'il est vrai que la CDAPH fait « la pluie et le beau temps » des personnes handicapées, Hervé Rihal analyse avec une neutralité et objectivité bienveillantes son fonctionnement, commission qualifiée « la plus intrusive de toute celles qui existent en France ! » Il poursuit en évoquant la prestation de compensation du Handicap (PCH) peu incitative à l'insertion, nécessitant un dialogue avec l'équipe pluridisciplinaire chargée d'élaborer le plan de compensation du handicap. Seules les personnes dont le handicap peut s'améliorer (handicap ou longue maladie ?) sont soumises à un réexamen périodique. L'accessibilité est un combat permanent nous dit ensuite Hervé Rihal, qu'il s'agisse du cadre bâti, des transports, de la voirie, ou des nouvelles technologies. Par exemple, l'accessibilité numérique semble se développer sans préoccupation politique réelle s'agissant des handicaps. La loi du 21 juin 2004 pour

la confiance dans l'économie numérique s'accompagne de recommandations sans effets pour les handicapés visuels (« neutron législatif »). Hervé Rihal reconnaît cependant que, en particulier avec la loi du 11 février 2005 article 47, le législateur a, lui, bien fait son travail... Le sixième chapitre traite du droit des travailleurs handicapés. Il faut adapter l'emploi aux handicaps, sans charge disproportionnée pour l'employeur. Des progrès réels ont été réalisés dans le travail des handicapés de la fonction publique. La compatibilité du travail avec le handicap devient réelle si elle est organisée, y compris s'agissant des carrières professionnelles. Il est question ensuite du travail en secteur privé, médico-social ou de l'emploi en milieu ordinaire. Globalement, les progrès pour l'emploi sont réels. Un plan régional pour l'insertion, le suivi, et l'évaluation des actions est prévu tous les cinq ans. Le rapport de l'IGAS handicap et emploi 2020 souligne l'accroissement du nombre des handicapés avec un emploi, mais les dispositifs protecteurs deviennent insuffisants. Un tiers (1/3) des handicapés en âge de travailler ont un emploi. Dans le septième et dernier chapitre, il est question du droit de vote des handicapés psychiques sous tutelle, de la prise en charge des jeunes et adultes autistes, de la langue des signes et enfin du code de la propriété intellectuelle pour les aveugles et du droit au toucher.

L'auteur de cette préface espère avoir convaincu le lecteur de lire cet ouvrage qui plonge dans l'actualité brûlante et veut contribuer effectivement et rapidement à la refondation du Service Public Hospitalier et des politiques publiques relatives aux handicaps. Les Français savent depuis 1945 la différence entre

solidarité et assurance. Ils savent avec la pandémie actuelle redonner du sens à la prise en charge collective, seule façon de réduire les inégalités qui malheureusement vont accompagner la crise économique et pas seulement sanitaire.

Je suis très honoré d'avoir pu préfacer ces deux livres en un, d'une telle qualité et d'une telle importance. Je remercie vivement mes deux amis Édouard Couty et Hervé Rihal.

Dr Philippe Renou,
coordonnateur de l'atelier « Médecine »
de la collection Renaissance Des Lumières.
mercredi 7 octobre 2020 Le Mans.

Première refondation

Service public hospitalier
Refonder un colosse aux pieds d'argile

Édouard Couty

Plan

Partie I : Naissance et développement d'un grand service public	29
Chap.1 : Une forte volonté politique pour les fondations, le progrès scientifique et économique pour le développement.	32
Une volonté politique déterminée pour assurer l'accès aux soins pour tous.....	32
- Premier pilier l'ordonnance du 19/10/1945	33
- Deuxième pilier les ordonnances des 11 et 30/04/1958.....	34
- Troisième pilier la loi du 31/12/1970	36
Des bâtisseurs militants engagés pour l'hôpital public	40
Chap.2 : L'ère des gestionnaires : contraintes et compromis.....	45
Le Régime de protection sociale confronté au tassement des recettes et à l'explosion des dépenses. ..	45
Des modes d'exercice différents structurent des visions divergentes et opposent la ville et l'hôpital..	
47	

Une régulation hésitante entre approche territoriale et approche tarifaire	48
Un compromis fragile entre l'indépendance du médecin et ses responsabilités institutionnelles au sein d'un collectif	51
Des modes de financement qui marquent profondément l'évolution du service public hospitalier et son management	52
Une alternance entre plus d'autonomie et de responsabilité pour l'hôpital et une tutelle resserrée	56
Au final un service public dans la tempête	57

Chap.3 : L'émergence de la démocratie sanitaire : une interpellation nécessaire du service public hospitalier

Un mouvement qui s'accroît dès 1945	65
De grandes avancées après le scandale du sang contaminé et la crise du SIDA	66

Partie II : Le Service Public Hospitalier en crise

Chap.1 : Un libéralisme gestionnaire sous haute surveillance de l'État central : la mort annoncée du service public hospitalier

Les prémices : l'application libérale de la réforme du financement	76
Le partenariat public/privé.....	82
La suppression du service public hospitalier et ses conséquences :.....	84
La tentation de l'hôpital entreprise.....	90
L'émergence d'un État gestionnaire libéral.....	94

Chap.2 Une tentative de sauvetage partielle entre 2013 et 2016.....	100
Une volonté politique atténuée par le désir d'éviter les conflits	100
Un débat parlementaire riche qui montre un vrai clivage politique sur la place et le rôle du service public hospitalier.	105
Partie III : Une renaissance attendue	117
Chap. 1 : Une crise sanitaire majeure sur une crise institutionnelle installée : le sursaut espéré	117
Le Plan « Ma santé 2022 »	117
« Ma santé 2022 » et service public hospitalier	121
Le tsunami du premier trimestre 2020	130
Le « Ségur de la santé » : quatre piliers et trente-trois mesures.	133
Un constat et des observations sur les annonces faites.....	137
Chap. 2 : Des défis dont l'importance exige une refondation conséquente.....	140
Trois grands défis :.....	143
1) L'avenir de la protection sociale : un choix fondamental pour le « vivre ensemble »	143
2) L'équilibre prévention, soin et prendre soin ...	145
3) La transformation systémique pour faire face aux nouveaux problèmes de santé publique : inégalités d'accès aux soins, psychiatrie et santé mentale, maladies chroniques, vieillissement de la population. .	147
Chap.3 : Quelques éléments versés au débat	151
Un changement radical de méthode.....	151

La refondation du service public hospitalier doit s'inscrire dans une démarche globale	155
Cinq volets pour une politique de santé :	157
Mettre sur le même plan prévention, soin et prendre soin	157
Instituer nouvelle approche territoriale pour plus de démocratie sanitaire et une meilleure coordination entre les acteurs	158
Refonder le service public hospitalier sur ses valeurs et le sens de son action	166
Organiser et rémunérer le secteur ambulatoire autour des prises en charges individuelles et des missions de santé publique sur le territoire de proximité	186
Structurer le secteur médicosocial d'accueil des personnes âgées pour mieux répondre aux attentes de la population.	187
Conclusion : Retrouver une volonté politique forte et des bâtisseurs engagés.	190

Introduction

Une longue histoire entre la population et l'hôpital

En France, comme dans l'ensemble des pays européens, l'hôpital moderne est le fruit d'une longue histoire avec des accélérations parfois fulgurantes. Son développement a connu des périodes de recul ou de renoncement souvent expliquées par des difficultés économiques mais toujours fondées sur des options politiques et des choix de société.

Sans remonter aux capitulaires de Charlemagne qui, déjà, tentaient de régir le fonctionnement des hospices, les établissements, au Moyen Âge, sont créés dans les villes, par l'église ou par de riches particuliers qui en assurent la gestion et le financement. La caractéristique de ces établissements d'hébergement dans lesquels on prend soin des indigents et des vagabonds en offrant le gîte et le couvert, est la gratuité. Le principe fondateur partout affiché dans les Hôtels Dieu est la charité chrétienne et celui, moins apparent, soutenu par les pouvoirs publics de la sécurité publique. Par exemple, au 12^{ème} et 13^{ème} siècles, à Lyon et dans d'autres villes, les frères an-

tonins avaient le monopole de l'exploitation des déchets collectés dans les rues pour l'élevage des porcs destinés à nourrir les vagabonds recueillis (et enfermés) à l'hospice. Cette double fonction assurait la propreté et la sécurité des rues étroites et sombres des villes. Toujours pour des raisons d'hygiène, ces Hôtels Dieu étaient construits au bord des fleuves à Lyon, Toulouse, Strasbourg...ou même sur des ponts au-dessus du fleuve à Paris par exemple.

Au 16ème et 17ème siècle, le pouvoir royal souhaite encore mieux contrôler la gestion de ces établissements, le bureau de l'Hôtel Dieu de Paris est créé en 1505 par une initiative royale. Un pas décisif est franchi en 1656 par un édit de Louis XIV qui crée l'hôpital général. Dans toutes les grandes villes du royaume cet hôpital général est un lieu d'enfermement des mendiants, des enfants abandonnés, des filles des rues et des marginaux. Outre l'hébergement souvent sommaire, l'hôpital général se voit officiellement confier une mission d'ordre public. L'hôpital Bicêtre, à son ouverture, était, comme beaucoup d'autres, un hôpital général. Ainsi dès le 17ème siècle l'hôpital, qui n'avait alors aucune mission de soin, se voyait confier, par l'État, une mission de service public dans le champ régalien de l'ordre public. Cet aspect sécuritaire pouvait d'ailleurs concerner la sécurité sanitaire. L'hôpital Saint Louis à Paris, dont les travaux ont débuté sous Henri IV et qui fut inauguré par Louis XIII, était ouvert pendant les épidémies, fréquentes à l'époque. Cet établissement situé au-delà des murs de Paris et de la porte du Temple était destiné à accueillir les malades de l'épidémie en cours qui étaient ainsi isolés et quasi-

ment livrés à eux-mêmes avec quelques religieuses pour les prendre en charge. La conception architecturale permettait d'enfermer rigoureusement les occupants pour lesquels de la nourriture était déposée régulièrement devant les portes extérieures.

Les débuts de l'histoire hospitalière sont caractérisés par cette ambivalence. Les établissements sont des institutions charitables et des opérateurs de sécurité publique (ordre public ou sécurité sanitaire), ils assurent de fait un service public d'hébergement et de sécurité.

L'époque révolutionnaire et particulièrement celle de la Convention voit le politique tenter une rupture radicale avec la période précédente. Dans la suite logique de la nationalisation des biens de l'église, les biens hospitaliers, propriétés de congrégations religieuses, de riches particuliers ou propriétés des paroisses sont nationalisés par décret du 11 juillet 1794. Les difficultés économiques et financières du moment, l'impossibilité d'entretenir et de faire fonctionner ces établissements nationaux ont conduit à les disperser et à les vendre. La Convention souhaitait mettre en place une politique de prévention pour améliorer la santé de la population et projetait de créer un service d'assistance nationale pour prendre en charge les soins aux démunis. Les événements politiques et les guerres révolutionnaires n'ont pas permis au service d'assistance nationale de voir le jour. C'est à cette même époque, que sont institués les officiers de santé, par un décret du 4 décembre 1794. Créés spécifiquement pour assurer des missions de prévention et de soins de proximité, au domicile des habitants, ils suivent un cursus de formation dans les

facultés de médecine sans être titulaires du titre de docteur en médecine.

Les officiers de santé remis en place et confortés pour les guerres napoléoniennes ont été au cœur d'un conflit avec les docteurs en médecine tout au long du 19^{ème} siècle¹. Ce combat finalement gagné par les docteurs en médecine² constitue un élément historique important et toujours marquant dans la construction des rapports entre les docteurs en médecine et l'État.

Après la Convention, le Directoire abandonne, en 1795, le projet de création d'une assistance nationale et confie la gestion et le financement des hospices et hôpitaux à des organismes communaux. La loi du 16 vendémiaire an 6 (octobre 1796) place l'hôpital sous la responsabilité de la commune et crée une commission administrative de surveillance.

Tout au long du 19^{ème} siècle les hôpitaux-hospices se développent avec des soutiens confessionnels et communaux. Ce développement accompagne celui d'une médecine praticienne qui fait émerger progressivement le soin aux blessés et aux malades. La loi du 7 août 1851 institue la première charte hospitalière, consacre la mission d'assistance publique de l'hôpital, et crée l'assistance publique à Paris qui deviendra plus tard l'assistance publique-hôpitaux de Paris.

Pendant des siècles l'hôpital ou l'hospice n'ont eu dans les villes qu'une fonction d'hébergement recou-

1 D.Tabuteau « Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé » Ed. Odile Jacob septembre 2013, P.27-35

2 La loi du 30 novembre 1892 défendue par le docteur Le Chevandier, député, supprime le corps des officiers de santé et réserve le monopole d'exercice de la médecine aux seuls docteurs en médecine. Les derniers officiers de santé s'éteindront après la 1^{ère} guerre mondiale.

vrant deux missions de service public intimement liées : l'accueil des indigents et la sécurité publique sous l'aspect sanitaire (épidémies) ou policier (petite délinquance).

L'hôpital moderne, celui du soin, naît et se développe au 20^{ème} siècle avec les progrès de la médecine et de la chirurgie, ceux des sciences et des techniques : biologie, pharmacie, imagerie et produits de santé. La législation doit accompagner ces progrès et en tirer toutes les conséquences sur la conception de l'hôpital. Il faut revoir les fondements caritatifs et sécuritaires pour reconnaître la mission de soin.

Mais la dimension charitable ne disparaît pas totalement. La loi du 14 juillet 1905 reconnaît le droit pour tout français privé de ressources ou âgé de plus de 70 ans ou encore atteint d'une maladie incurable à être admis dans un hospice ou un asile. Les personnes les plus aisées se font soigner dans d'autres établissements que les hôpitaux, hospices ou asiles encore fortement connotés comme établissements recevant les indigents. Les médecins et autres professionnels de santé n'appartenant pas à des congrégations religieuses viennent exercer à l'hôpital par « charité » bénévolement ou en échange d'une indemnité très modeste, leur activité principale étant dans les cabinets privés ou pour les chirurgiens dans les premières cliniques privées.

C'est sous le gouvernement de Vichy que l'hôpital est ouvert aux malades payants par la loi du 21 décembre 1941 et le décret du 17 avril 1943. Ces textes organisent l'hôpital, créent les services médicaux dirigés par des médecins chefs de service nommés par le gouvernement. Les recettes issues du prix

de journée s'ajoutent aux dons, legs et subventions et doivent permettre à l'hôpital de fonctionner. La plupart des établissements est alors gérée par des congrégations religieuses qui fournissent le personnel non médical (sœurs hospitalières infirmières, intendantes, servantes...)

Ces dix siècles d'histoire constituent le terreau sur lequel s'est construit l'hôpital public moderne. Les hôpitaux, hospices et asiles ont connu une rupture radicale et effective grâce à l'épanouissement de la médecine moderne et à ses progrès spectaculaires et rapides. L'hôpital que nous connaissons aujourd'hui, ce complexe de haute technologie, concentration de savoirs multiples, de professionnels expérimentés, lieu de soins de formation et de recherche est véritablement né après la deuxième guerre mondiale. Il résulte d'une volonté politique très forte qui a su anticiper et ignorer les résistances des corporatismes ou les frilosités des financiers. Une fois créé, le service public hospitalier a connu un essor considérable, propulsé par l'action militante des bâtisseurs, tous professionnels hospitaliers qui ont construit l'hôpital du 20^{ème} siècle, pierre angulaire d'un des meilleurs systèmes de santé du monde. La coexistence du service public et des secteurs privés, l'explosion de la demande de soins, les résultats spectaculaires de la médecine et de la chirurgie ont entraîné une augmentation des coûts de fonctionnement rapidement devenue insupportable dans un contexte économique de plus en plus contraint. A l'ère des fondateurs et des bâtisseurs a succédé celle des corporatismes professionnels et des régulateurs financiers. Les efforts demandés ces dernières années à l'hôpital public

l'ont conduit au bord de la rupture entraînant une perte de sens, une révolte ou un désenchantement chez les professionnels. C'est sur ce paysage de crise, de défaut d'investissement, de manque de reconnaissance des professionnels, de manque de réflexion et d'orientation sur les missions de l'hôpital du 21^{ème} siècle et de bon calibrage des moyens que la grande crise sanitaire générée par la pandémie Covid 19 est arrivée. Le service public hospitalier, littéralement porté par les professionnels a su faire face, il a su montrer ses capacités d'adaptation en urgence et surtout la qualité de l'engagement et la compétence des hommes et des femmes qui y travaillent

Il est, désormais, à la croisée des chemins car les grands enjeux de santé publique que le pays doit relever, les attentes des patients et plus généralement de la population exigent des évolutions profondes. Il s'agit de structurer un système hospitalier et un système de santé conçu avec les usagers et pour eux. C'est à un changement de paradigme auquel nous sommes conviés.

La refondation nécessaire doit permettre de relever les défis de santé du 21^{ème} siècle dans les champs curatifs et préventifs et d'adapter le service public aux enjeux de la médecine de demain. Elle exige hauteur de vue, vision prospective et une forte volonté politique, bref de nouveaux fondateurs et de nouveaux bâtisseurs.