

Le soin comme bien commun

Poursuivre la socialisation du système de santé

Entretien avec Christophe Prudhomme

Propos recueillis par Laure Pitti et Vianney Schlegel.

Depuis son expérience de médecin urgentiste et de militant syndical et politique, Christophe Prudhomme rend compte du délitement du service public de santé et esquisse des alternatives, entre promotion du salariat et refonte du système de formation des professionnels du soin.

Critiqué de toutes parts, le système de soins français semble aujourd'hui à bout de souffle, affaibli par plusieurs décennies de réformes qui ont mis l'accent sur le coût et l'évaluation procédurale des soins plutôt que sur leur accessibilité, leur qualité et leur adéquation aux besoins de la population. Première cible de ces réformes depuis plus de vingt ans, l'hôpital public a été profondément meurtri par des politiques de restriction budgétaire continue et de privatisation progressive et reste structurellement sous-financé, malgré des promesses de lendemains qui chantent. Les conditions de travail ne cessent de s'y dégrader, accentuant la méfiance des professionnel·les comme des patient·es, et renforçant les difficultés à recruter face à un secteur privé en plein essor. En parallèle, la médecine de ville, qui reste très largement attachée à la liberté d'installation, privilège qu'elle détient depuis près d'un siècle, connaît, elle aussi, des changements rapides. Alors qu'une part croissante de la population peine désormais à accéder aux soins et que les inégalités de santé ne cessent de s'aggraver, de nouvelles organisations du travail ont vu le jour ces quinze dernières années, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les centres de santé communautaire, traduisant le renouvellement générationnel des médecins et les aspirations de ces dernier·es à l'amélioration de leurs conditions de travail et à d'autres formes d'exercice.

Médecin urgentiste au Service d'aide médicale urgente (SAMU) de Seine-Saint-Denis à Bobigny depuis 1987, responsable du collectif national des médecins de la CGT, membre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, anciennement conseiller municipal à Pantin et désormais conseiller régional d'Île-de-France LFI et apparentés, Christophe Prudhomme a été un témoin de ces évolutions. Celles-ci ont nourri ses engagements syndicaux, professionnels et politiques, et forgé la conviction d'une transformation nécessaire de la médecine et de l'organisation des soins face aux défis que posent l'explosion des maladies chroniques et l'accroissement continu des inégalités. Généralisation du salariat, refonte des niveaux de rémunération, formation par compagnonnage ou encore suppression du secteur privé lucratif : Christophe Prudhomme esquisse pour *Métropolitiques* les contours d'un service public de santé attentif aussi bien aux professionnel·les qu'aux usager·es.

S'engager dans et pour la médecine

Pourriez-vous revenir sur votre trajectoire et sur ce qui vous a conduit à devenir médecin urgentiste, au SAMU 93 ?

J'ai fait mes études de médecine un petit peu en pointillé, puisque j'étais militant, permanent syndical à l'époque à l'UNEF. J'étais dans une institution très élitiste, qui était la faculté Necker Enfants malades ; j'ai fait partie des 10 % d'étudiant·es qui ont choisi médecine générale. Dans cette formation, j'ai commencé par de la psychiatrie, puis, en 1987, je suis tombé en stage dans un SAMU, à l'hôpital Avicenne de Bobigny, en Seine-Saint-Denis, à côté de chez moi¹. C'était le début des SAMU, et j'ai trouvé ça fantastique, parce que c'était une médecine variée. C'est comme ça que je concevais la médecine. Et puis ce sont des services qui sont différents du reste du monde hospitalo-universitaire, de ses hiérarchies, de ce monde clanique à tendance mafieuse, comme je l'appelle, à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris !

J'ai beaucoup milité en Seine-Saint-Denis, au Parti communiste. L'intérêt du SAMU, c'est que, comme c'est du travail posté, on travaille beaucoup par période de 24 heures. J'ai donc continué à avoir de multiples activités : conseiller municipal à Pantin, puis au cabinet de Georges Valbon, le président du Conseil général, pendant cinq ans.

Aujourd'hui, à 64 ans, je continue de travailler, même si c'est à un rythme beaucoup plus réduit, parce que c'est un métier fantastique, qui me plaît, en particulier en Seine-Saint-Denis. Et puis, vous devez le savoir, si on n'avait pas actuellement les 15 000 médecins retraité·es qui travaillent, le système serait à l'agonie.

Pourquoi en particulier en Seine-Saint-Denis ?

L'hôpital Avicenne de Bobigny, vous savez... quand on y vient, si on y adhère, on y reste ! Quand j'y suis arrivé, c'était un hôpital où les forces progressistes, dont le Parti communiste, étaient très, très fortes. Y compris parmi les médecins. C'était très atypique. Donc, on s'y sentait bien [rires] ! Enfin, même aujourd'hui, alors que dans le monde hospitalo-universitaire les gens de gauche sont très minoritaires, à Bobigny, c'est un peu plus à gauche. Il y a un certain nombre de médecins, y compris les PU-PH [professeurs des universités praticiens-hospitaliers] qui sont originaires du département et qui n'oublient pas leurs origines.

Travailler au SAMU en Seine-Saint-Denis, ce n'est pas la médecine traditionnelle. Moi, c'est ce qui m'a plu, parce que me retrouver soit dans un autre hôpital [qu'Avicenne], soit en ville avec cette lourdeur de la corporation libérale, je ne l'imaginais même pas, moi qui suis fils de fonctionnaires des postes et télécommunications.

Pratiquer la médecine aujourd'hui, entre nouveaux besoins de santé et nouvelles aspirations professionnelles

Quel regard portez-vous sur la pratique contemporaine de la médecine ?

Il y a un changement radical des besoins de la population alors qu'on est resté sur la logique du XX^e siècle de la médecine technicienne, techniciste, que j'ai connue. Aujourd'hui, je suis obligé de me battre contre les jeunes qui n'examinent pas les patient·es à leur arrivée aux urgences, qui ne font pas d'examens cliniques, qui se fient uniquement au motif de venue et qui prescrivent tout de suite un scanner du corps entier. J'ai dit dernièrement à l'un d'eux : « Mais si tu n'examines pas le patient, dans certains cas, tu vas faire le scanner et tu sauras pourquoi il est mort ! » Il faut revenir aux fondements de la médecine. Actuellement, deux tiers des dépenses de la Sécurité sociale, ce sont les plus de 50 ans atteints de plusieurs maladies chroniques. Le cancer est même devenu une maladie chronique dans certains cas. Donc,

¹ Christophe Prudhomme vivait alors dans la cité des Courtilières, à Pantin, qui jouxte la commune de Bobigny.

l'objectif, ce n'est pas de guérir, mais de maintenir dans le meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible, ce qui nécessite un travail collaboratif.

Les médecins, jusqu'aux années 1970, pouvaient tout faire, y compris les accouchements. Aujourd'hui, ce n'est plus possible, donc le travail collaboratif est nécessaire. Et ce qu'on a complètement oublié dans la rémunération à l'acte et en particulier dans la T2A [tarification à l'activité] à l'hôpital, c'est le temps. On manque de temps pour discuter ! C'est ce dont se plaignent les aides-soignant·es, les infirmières, les médecins et les patient·es. À l'inverse, quand on est effectivement salarié·e, on prend le temps !

Vous parlez des jeunes médecins, qu'est-ce que le renouvellement générationnel fait à la médecine ?

Les jeunes ne s'y retrouvent plus. Ils et elles font de l'intérim, bricolent à droite, à gauche et ne veulent ni s'installer en libéral avec les contraintes que ça implique, ni travailler à l'hôpital après avoir vu les conditions de travail.

Le médecin moine-soldat et l'infirmière nonne, c'est fini. Les gens veulent bien s'investir, mais on n'est plus disponible 24 heures sur 24 pour ses patient·es, c'est une évolution sociologique. Bon, certain·es le regrettent, disent que « c'était mieux avant ». Non, ce n'était pas mieux avant. C'est simplement que c'est la vie, que c'est normal ; et d'ailleurs, moins travailler et être plus disponible lors des consultations, c'est mieux pour les patient·es.

Mais l'hôpital aujourd'hui, « c'est la mine », c'est ce que disent les jeunes : c'est-à-dire historiquement le métier le plus dur qu'il a pu y avoir dans l'histoire... Et les internes qui aujourd'hui passent dans les centres de santé qui fonctionnent bien sont très intéressé·es par ce mode d'exercice salarié et pluriprofessionnel. Sauf que l'on a d'énormes résistances face à ce mode d'exercice, du côté des libéraux et de la corporation médicale dirigée par des mâles blancs de 60 ans. Alors que, quand vous discutez avec les jeunes, qui sont en majorité des femmes désormais, des conditions de travail, de protection sociale, etc., elles voient qu'il vaut mieux être salariée lors de sa première grossesse pour bénéficier de vrais congés de maternité, de la Sécurité sociale et ne pas dépendre d'une assurance privée.

Repenser l'organisation des soins sur le plan professionnel, organisationnel et territorial

Selon vous, que faut-il faire pour sortir de la situation critique qui fait qu'aujourd'hui, il est parfois très difficile de trouver un médecin traitant ? Est-ce que la fin du *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine, par exemple, est une solution ?

Cette grande arnaque ! Il n'y a pas de fin du *numerus clausus*, comme le prétendent certain·es ! D'autant qu'aujourd'hui, pour remplacer un médecin des années 1970-1980, il faut 1,5 médecin ! Même si on partage le travail avec les autres professionnel·les de santé, qu'on instaure réellement le travail autour du couple médecin-infirmière, de toute façon les besoins ont augmenté. Il faut plus de temps, les patient·es sont de plus en plus complexes. On a besoin de travailler non seulement entre professionnel·les de santé, mais aussi avec le secteur social, parce qu'il y a beaucoup de problèmes sociaux qui handicapent quand même la bonne prise en charge médicale. Tout le monde le sait, mais chacun reste sur ses rails. Le problème que l'on a, dans le métier, c'est que l'on a segmenté l'activité, on travaille en tuyaux d'orgue et c'est une catastrophe ! Il va falloir apprendre à travailler en commun. Il faut aussi reconstruire le système sans séparer la ville de l'hôpital, dans une continuité ville, hôpital et médico-social, en l'ajustant aux territoires. Un territoire de vie, selon la densité géographique et la réalité de la France, ça peut être 80 000, 100 000 ou encore 250 000 habitants... Le minimum, et là, je reprends ma

casquette d'urgentiste, c'est que tout·e citoyen·ne doit être à moins de 30 minutes d'un hôpital où il y a un service d'urgence ouvert 24 heures sur 24. Autrement, c'est une perte de chances, et donc une surmortalité.

Vous évoquez les fortes disparités qui existent en termes d'équipements et d'accès aux soins. Les territoires ruraux sont particulièrement concernés, mais ils sont loin d'être les seuls...

On ne prend pas le problème par le bon bout. C'est peut-être plus difficile de trouver un ou une médecin généraliste en Seine-Saint-Denis que dans l'Indre, parce que dans l'Indre, on se connaît, il y a des réseaux. En Seine-Saint-Denis, si on n'a pas les ressources socio-culturelles et socio-économiques, c'est la misère. Et donc, les médecins traitants d'une bonne partie de la population, dont les 200-300 000 personnes sans droits ni titre de séjour qui n'existent pas officiellement mais qui sont quand même en Seine-Saint-Denis, ce sont les urgences hospitalières.

Parce qu'en fait, oui, il y a une difficulté d'accès aux soins, mais qui est liée avant tout à un problème d'organisation du système de santé. On a quand même 200 000 médecins en France. S'ils et elles étaient justement réparti·es sur le territoire et exerçaient les spécialités les plus utiles, on ne serait pas dans la situation dans laquelle on est aujourd'hui. Donc il y a à la fois une répartition inappropriée des médecins sur le territoire et une répartition entre généralistes et spécialistes qui est inadaptée. Et puis, il y a un mode d'exercice des médecins, en particulier des généralistes, qui est inadapté. Si on libère les médecins des tâches administratives et de gestion, que ce soit en ville ou à l'hôpital où l'on est obligé, avec la tarification à l'activité, de coter les actes réalisés, on libère 20 % du temps de travail.

Donc, tout cela aboutit au fait qu'il faut remettre en cause la médecine libérale. Ce n'est que comme ça que l'on pourra traiter du problème des déserts médicaux.

Justement, différentes lois ont abordé l'enjeu de la désertification médicale, sans succès. Comment l'expliquer ?

La régulation de l'installation, ce n'est pas de dire, comme ça a été proposé par des dévils qui siègent au Parlement : « Ah, les jeunes, on va les envoyer faire le service civique sanitaire là où personne ne veut aller. » C'est catastrophique, non seulement pour les patient·es, si on envoie les moins expérimenté·es, mais aussi pour les jeunes médecins : le travail est plus dur, c'est un mépris total ! En médecine, avec la formation par compagnonnage, on devient performant après dix ans de boulot quand on est en ville ou à l'hôpital. Si on n'est pas dans une équipe, ça ne marche pas.

Le gouvernement se précipite pour faire des annonces, avec la mise en place des deux journées de consultation sur la base du volontariat des médecins dans les zones classées comme déficitaires. Mais ces zones ne représentent que 13 % du territoire national, ce qui est en deçà de ce que sont les déserts médicaux. D'autant que les déserts médicaux, c'est un problème multiforme. Sans changer le mode d'exercice et le mode de rémunération des médecins, toutes les mesures qui seront prises suivront le même chemin que toutes les mesures incitatives qui l'ont été depuis 2020, y compris les contrats avec les étudiant·es. Au mieux, ça limite l'aggravation des déserts dans les zones les plus défavorisées, mais ça ne résout pas le problème de fond qui est qu'on a besoin d'une organisation qui permette de répartir les médecins sur le territoire en fonction des besoins de la population.

Le secteur privé fait-il partie des réponses à ce problème ? Faut-il l'associer à cette nouvelle organisation que vous évoquez ?

Je vous renvoie à un rapport récent de la Cour des comptes² sur l'organisation territoriale de l'offre de soins, où il est expliqué qu'on a quand même un problème en fermant les hôpitaux de proximité, parce que maintenant toute l'offre de soins est dans les métropoles avec une concurrence public/privé qui coûte très cher parce qu'ils se tirent la bourre ! Je suis très en colère contre tous les parlementaires de gauche qui n'ont pas été capables, au moment où a éclaté le scandale des Ehpad gérés par Orpea, de mener un débat pour dire au gouvernement : « On met Orpea en faillite et on récupère les établissements qu'on affecte aux hôpitaux publics ou aux établissements privés à but non lucratif. » Parce que là, on a mis 1,5 milliard d'euros de fonds publics ou parapublics pour sauver les actionnaires d'Orpea. Alors qu'en face, on a des libéraux qui laissent le système s'effondrer pour que l'alternative, ce soit un système de santé qui soit régulé par le marché, à l'image du système états-unien. On est dans une période où l'on va devoir faire un choix. Est-ce que la santé relève du service public ? Est-ce que l'éducation relève du service public ? Vous voyez bien ce qui se passe à l'université aujourd'hui. La perspective politique, c'est de dire qu'on exclut toutes les activités marchandes privées à but lucratif du domaine de la santé et du social : si on fait un référendum, on gagne le référendum ! C'est simple : il ne faut plus de secteur privé lucratif, parce que l'offre de soins des cliniques privées est une offre de soins qui ne répond pas aux besoins de la population, et sûrement pas aux services au public puisqu'elles se concentrent sur les activités rentables.

Pour défendre le service public de santé, promouvoir le salariat

Que faudrait-il faire selon vous pour réduire la désertification médicale et rééquilibrer l'offre de soins ?

Le seul moyen de réguler correctement l'installation des médecins, c'est que les médecins ne soient plus dans un système de médecine libérale. Ce qui bloque, ce sont les deux fondements de la médecine libérale, que sont la liberté d'installation et la rémunération à l'acte, qui ont été imposées par les médecins dans le cadre d'une défense catégorielle lors de l'émergence des assurances sociales dans les années 1920. Et en 1945, comme la Sécurité sociale n'a pas été mise en place comme c'était prévu, on a conservé ce système libéral. L'encadrement des honoraires par le biais conventionnel ne date que de 1971 et dès les années 1980, on a ouvert aux médecins la possibilité de faire des dépassements d'honoraires. Donc la seule bonne solution aujourd'hui, c'est que ce ne soit plus les médecins qui décident de leur installation. Les pouvoirs publics, enfin l'État, en lien avec le payeur qu'est la Sécurité sociale, peuvent décider d'ouvrir des hôpitaux et des centres de santé pour la médecine de ville là où sont les besoins, et créer des postes pour des médecins, pour des infirmières, pour des professionnel·les de santé salarié·es. Et ces centres de santé, ils peuvent être soit gérés par l'hôpital – il y a des hôpitaux qui ont des centres de santé aujourd'hui –, soit par l'économie sociale et solidaire ou par les collectivités locales.

Ça suffit de croire que si l'on propose ce type de réforme, tout le monde sera dans la rue ! Il faut présenter les choses en disant : à partir de maintenant, celles et ceux qui sont déjà en exercice libéral et veulent y rester, y restent. Par contre, on propose immédiatement, dans le cadre de l'aménagement du territoire, un autre mode d'exercice qui sera favorisé en termes de qualité d'exercice, de rémunération, de financement des structures... Or, ce n'est pas le cas aujourd'hui. Il y a quelques améliorations, mais vous avez un différentiel de financement entre l'exercice collectif en centre de santé et l'exercice libéral, qui est scandaleux.

² À lire en ligne : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-06/20240513-Organisation_territoriale-soins-premier-recours.pdf.

Si l'on veut une transition, on peut proposer des structures où les médecins restent gestionnaires du fonctionnel, mais où en revanche ils et elles ne sont plus rémunérés à l'acte. Il est nécessaire d'instaurer un contrat avec le payeur, l'Assurance maladie, sur le financement de la structure. Parce qu'il faut être clair : aujourd'hui, les médecins sont des salariés indirectes de la Sécurité sociale. Donc, c'est la Sécurité sociale, payeur, qui doit pouvoir dire : « Vous vous installez à tel endroit, mais vous n'êtes pas conventionné·e. » Et puis l'autre problème dans la logique libérale du paiement à l'acte, c'est que ce n'est pas possible d'accepter que les pédiatres, qui sont les médecins en libéral les moins bien payés, gagnent quatre fois moins que les radiothérapeutes.

Effectivement, de fortes inégalités existent dans la profession médicale selon les spécialités, notamment en termes de niveaux de rémunération mais aussi de conditions de travail. En quoi le salariat permettrait-il de les réguler ?

Si les médecins sont salariés, la différence de salaire ne sera *a priori* plus liée au choix de la spécialité et à la rentabilité des actes techniques par rapport aux actes non techniques. Aujourd'hui, dans notre société, il y a un vrai problème, c'est que les métiers utiles sont presque toujours les métiers les moins valorisés à tout point de vue. Que les premier·es aux épreuves de classement national choisissent chirurgie esthétique, ce n'est pas possible ! Donc, le mode de rémunération devra être lié à la pénibilité, au nombre d'heures effectuées et aussi au contexte sociogéographique et épidémiologique, avec des différences qui ne seront pas d'un à trois. Les médecins qui vont assurer la permanence des soins, qui vont travailler la nuit, qui vont faire des consultations en soirée, qui vont travailler le week-end, forcément, seront mieux rémunérés. Et pour les patient·es, si les médecins sont des salariés, il n'y a plus de dépassement d'honoraires. Et après, il y aura des rémunérations différenciées en fonction d'un certain nombre de critères que je vous ai énoncés pour que ce soit attractif. Il est clair que si c'est pour travailler dans Paris intra-muros, dans un cabinet de groupe déjà installé, ce sera moins payé que si c'est dans le cabinet qu'on est en train de monter dans la pointe de Givet, dans les Ardennes.

Les médecins demandent à être payés correctement. Mais avec le salariat, si vous proposez aux jeunes en début de carrière 5 000 euros mensuels, et en fin de carrière 10 000 euros, ils et elles y adhèrent. Or ça, aujourd'hui, dans le système de soin actuel, c'est possible, il n'y a pas de souci. À condition effectivement que les gens travaillent en équipe : parce qu'il y a aussi les conditions de travail qui entrent en jeu dans la motivation, il n'y a pas que l'argent. Si on les améliore en promouvant le travail en équipe avec un petit plateau technique dans chaque cabinet, un vrai travail collaboratif avec les infirmières, les kinés, etc., on va prescrire moins d'examens coûteux et inutiles. Actuellement, le problème, c'est qu'on fait trop d'actes techniques, parce qu'on n'a pas le temps. Et ce que nous reprochent les patient·es, c'est qu'on ne prend pas le temps de les écouter.

Christophe Prudhomme est médecin urgentiste au Service d'aide médicale urgente (SAMU) de Seine-Saint-Denis à Bobigny depuis 1987, responsable du collectif national des médecins de la CGT, membre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, anciennement conseiller municipal à Pantin et désormais conseiller régional d'Île-de-France LFI et apparentés.

Laure Pitti est professeure de sociologie à l'Université Sorbonne Paris-Nord, chercheuse à l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris) et chercheuse associée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Ses recherches portent

sur les inégalités socio-spatiales de santé, les métamorphoses de la médecine sociale en France depuis les années 1960 et les transformations contemporaines des politiques de santé à l'échelle locale, à partir d'enquêtes sur la médecine générale, les équipes de soins primaires et les centres de santé communautaire en territoires populaires.

Vianney Schlegel est maître de conférences en sociologie à l'Université de Lille et chercheur au Centre d'études et de recherches administratives, politiques et sociales (Ceraps). Ses recherches portent sur les politiques et les professionnel·les du traitement des inégalités et des discriminations en matière de santé, et sur l'articulation des questions de santé à différents objets ou secteurs d'action publique (travail, logement, espace public). Il participe également à des enquêtes collectives sur le lien entre mouvement coopératif et mouvement socialiste (Collectif Samson), sur la santé au travail des personnels de l'Université de Lille, ainsi qu'au projet TRAJectoires de Vie et Rapports aux Institutions des personnes sans logement personnel (Traviri), qui fait suite à la nouvelle vague de l'enquête « Sans-domicile » de l'Insee.

Pour citer cet article :

Christophe Prudhomme, « Le soin comme bien commun. Poursuivre la socialisation du système de santé », *Métropolitiques*, 5 mars 2026.

URL : <https://metropolitiques.eu/Le-soin-comme-bien-commun.html>.

DOI : <https://doi.org/10.56698/metropolitiques.2263>.