

histoire
politique
société

le débat

La crise française (suite)

Dominique Andolfatto et Dominique Labbé, Philippe Genestier, Sébastien Hua

Robert Holcman : Le paradoxe hospitalier français

Troubles dans la mondialisation (suite)

Pierre Bellanger, Richard Labévière, Todd Gitlin

Apprendre à lire et à écrire aujourd'hui

Sarah Goutagny, Kyrill Nikitine, Laurent Ségalant

La gauche face à l'avenir

Dan Aleph, David Djaïz, Alexandre Escudier, Anna Gromada, Nicolas Leron, Sophie Pornschlegel, Chloé Ridel, Benjamin Vendrand-Maillet

numéro 209 MARS-AVRIL 2020

Gallimard

Robert Holcman

Le paradoxe hospitalier français

Trop d'hôpitaux tuent l'hôpital

Le manque de moyens des hôpitaux est un lieu commun abondamment décrit et complaisamment rapporté par les médias d'information. Les organisations professionnelles s'insurgent contre le rationnement budgétaire imposé aux établissements de santé, les représentants du personnel dénoncent l'absence criante de ressources. À lire articles, points de vue, lettres ouvertes, à écouter les prises de position multiples sur le sujet, on pourrait imaginer un système hospitalier français médiocrement financé, sous-équipé, amputé année après année d'une partie de ses personnels et de ses moyens – en somme, en voie de paupérisation.

Or la réalité est inverse : le système hospitalier français est l'un des plus fortement dotés parmi les pays développés, les dépenses hospitalières de la France sont parmi les plus élevées au monde, les hôpitaux disposent du volume de personnel le plus important parmi les pays industrialisés.

La dénonciation de situations de pénurie est-elle alors erronée ? La réponse est paradoxalement non : le système français se singularise par la concomitance d'une abondance budgétaire et de situations de réelles insuffisances – l'explication provenant de l'affectation défailante des personnels hospitaliers et d'un nombre bien trop élevé d'établissements de santé, qui trouve ses racines dans la géographie et l'organisation communale de notre pays.

Les données

1. *Les dépenses hospitalières françaises sont parmi les plus élevées au monde.* Le budget des établissements hospitaliers et des établissements médico-sociaux s'élève à presque cent milliards d'euros, ce qui représente un cinquième des dépenses de la Sécurité sociale. À elles seules, les charges des établissements hospitaliers (publics

Robert Holcman appartient au corps des directeurs d'hôpital public. Il est l'auteur de nombreux livres et articles consacrés à l'hôpital et aux systèmes de santé, consultables sur son site Internet. Dans *Le Débat* : « L'hôpital public en péril » (n° 146, septembre-octobre 2007).

et privés) équivalent au produit annuel de l'impôt sur le revenu.

Si l'on rapporte les dépenses globales du système hospitalier à la richesse nationale produite annuellement, telle qu'exprimée par le produit intérieur brut (PIB), on se rend compte que la France est l'un des pays industrialisés qui consacre le plus de moyens à ses hôpitaux. Avec 4,4 % de son PIB affectés au système hospitalier, la France – comme le Japon – se situe à la troisième place, devancée seulement par les États-Unis (5,8 %) et le Danemark (4,6 %). Comparativement, l'Italie et le Royaume-Uni affectent 4,1 % du PIB à leur système hospitalier, la Finlande 3,4 %, la Corée¹ 3,3 % et l'Allemagne 3,2 %.

2. *Les personnels hospitaliers sont les plus nombreux des pays industrialisés.* De même, si la dénonciation du manque de personnel à l'hôpital est devenue un invariant du débat public, la réalité des chiffres démontre pourtant le contraire. Pour saisir pleinement la mesure du nombre de salariés hospitaliers, il est utile de le comparer aux effectifs totaux de certaines professions de santé. Alors que les hôpitaux emploient 1,2 million de personnes (les trois quarts dans les établissements publics, un peu moins de 12 % dans les établissements privés à but non lucratif et 14 % dans les établissements privés à but lucratif), on recense au total 225 000 médecins, 680 000 infirmiers et 88 000 masseurs-kinésithérapeutes qui exercent en France – toutes disciplines et tous modes d'exercice confondus (y compris dans les hôpitaux).

La France dispose du plus fort pourcentage de personnels hospitaliers en proportion de sa population active²; c'est particulièrement le cas des médecins hospitaliers³, des infirmières et des sages-femmes hospitalières⁴.

À la lecture de ces chiffres, il apparaît clairement qu'on est loin d'une sous-dotation⁵; au contraire, la France fait partie des pays qui consacrent le plus de financements et de personnels à leur système hospitalier. Pourtant, les situations de pénurie ou de manque de ressources, si souvent dénoncées, sont bien réelles : la question relève donc moins d'un manque de moyens que d'une affectation défailante de ces mêmes moyens et d'un nombre trop important d'hôpitaux.

3. *L'affectation des moyens en personnels hospitaliers est défailante.* Contrairement à ce qui est fréquemment affirmé, les hôpitaux – notamment publics – ne sont ni suradministrés ni affectés par des fonctions support surdimensionnées : les trois quarts des personnels sont des soignants (80 % d'entre eux appartiennent au personnel paramédical, 20 % au personnel médical). Les agents administratifs pèsent d'un poids sensiblement équivalent (entre 10 % et 13 % suivant les types d'hôpitaux); les personnels socio-éducatifs (entre 0,6 % et 2,4 %) sont, eux, sous-représentés.

En revanche, au sein du personnel non soignant, la surreprésentation des agents des services ouvriers et techniques met en lumière

1. Corée du Sud (république de Corée).

2. 4,3 % en France contre 3,9 % au Royaume-Uni, 3,84 % aux États-Unis, 3,09 % en Allemagne, 2,47 % en Italie et 1,32 % en Corée.

3. 0,57 % de la population active en France, contre 0,51 % en Italie, 0,44 % en Allemagne et 0,19 % aux États-Unis.

4. 1,26 % en France, contre 1,27 % au Japon, 1,10 % aux États-Unis, 1,04 % en Allemagne et 1,03 % en Italie. Seules la Norvège (1,72 %) et l'Autriche (1,34 %) en ont plus.

5. Pour des développements plus détaillés sur le sujet, on se reportera utilement au livre de Robert Holcman et Jean de Kervasdoué, *Économie de l'hôpital. Une singularité française*, à paraître.

l'utilisation inadéquate des ressources humaines dans les hôpitaux. Quel que soit le statut des établissements (public, privé commercial, privé sans but lucratif), les personnels ouvriers et techniques (110 000 agents) y sont presque deux fois plus nombreux que les personnels médico-techniques (52 000 agents). Ce phénomène est extrêmement marqué dans le secteur public : 86 % du total des personnels ouvriers et techniques au niveau national travaillent à l'hôpital public.

Dit autrement, dans les hôpitaux français – particulièrement publics –, il y a deux fois plus de maçons, de menuisiers, de peintres en bâtiment, de jardiniers, d'électriciens, etc., que de préparateurs en pharmacie, de masseurs-kinésithérapeutes, d'agents de stérilisation, de techniciens de laboratoire, de laborantins et de manipulateurs en électro-radiologie médicale.

La crainte de la contamination a historiquement conduit les hôpitaux à tendre vers l'autonomie, pour ne pas dire vers l'autarcie, en internalisant l'ensemble des activités nécessaires à leur fonctionnement. Cette tendance lourde s'observe dans le profil exceptionnellement large des métiers employés, surtout au sein des hôpitaux publics : le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière, publié par le ministère de la Santé, recense plus de deux cents métiers. Leur nombre est notablement moins élevé dans les établissements privés, davantage enclins à externaliser leurs fonctions support et – de plus en plus – administratives.

4. *Il existe un grand nombre de petits et moyens établissements.* La seconde explication du décalage existant entre la réalité de ressources très importantes et la dénonciation récurrente d'une

paupérisation hospitalière est le nombre très élevé d'hôpitaux, entre lesquels sont dispersés ces moyens abondants.

La mise en regard du nombre d'établissements de santé en France et dans les pays de l'OCDE est plus pertinente que la stricte comparaison du nombre total de lits (exclusivement utilisé dans les statistiques d'Eurostat). Cent lits répartis entre cinq ou vingt hôpitaux n'entraînent pas la même consommation de ressources : le fonctionnement de chaque établissement nécessite une direction, des services support (cuisine, ménage, entretien...), de l'encadrement médical et infirmier, etc. En d'autres termes, pour un nombre de lits équivalent, plus il y a d'hôpitaux, plus il y a de moyens supplémentaires engagés. La dispersion du système hospitalier est un facteur de surconsommation de ressources.

Or la France est l'un des pays de l'OCDE où l'on compte le plus d'établissements de santé (4,57 hôpitaux pour 100 000 habitants) ; seuls la Corée (7,36), le Japon (6,66) et la Finlande (4,76) en possèdent davantage. Comparativement, on compte 3,74 hôpitaux pour 100 000 habitants en Allemagne, 2,91 au Royaume-Uni, 1,80 en Italie et 1,71 aux États-Unis.

Notons qu'au Japon le nombre élevé d'établissements s'explique par le fait qu'un hôpital se définit comme une structure disposant d'installations pouvant accueillir au moins vingt patients. En deçà de ce seuil, il s'agit de *clinics*, de toutes petites structures, avec ou sans hébergement, qui sont des lieux d'exercice de médecins libéraux qui en sont les propriétaires et comptent, en moyenne, moins d'une dizaine de lits. Cette structuration autour de centres de santé multidisciplinaires prévaut également en Corée (avec l'existence de *clinics*, comme au

Japon), en Finlande et au Royaume-Uni (avec les *walk-in centers*⁶).

Même si l'OCDE recense comme des hôpitaux des structures hospitalières qui, en France, s'apparentent à des centres de santé et des maisons de santé⁷, on peut constater que notre pays est doté de trois fois plus d'hôpitaux de moins de 49 lits que le Japon et dispose de deux fois moins d'hôpitaux de plus de 300 lits que ce pays.

La comparaison entre le nombre d'établissements et le nombre de lits met donc en lumière un handicap supplémentaire du système hospitalier français : l'atomisation. Non seulement la France dispose de beaucoup d'hôpitaux, mais elle est également dotée d'un grand nombre de lits : pour 100 000 habitants, elle a 602 lits hospitaliers, devancée par le Japon (1 313), la Corée (1 193) et l'Allemagne (802). En revanche, le nombre moyen de lits par hôpital est nettement plus faible en France : 132 lits par hôpital, contre 161 aux États-Unis et en Corée, 176 en Italie, 197 au Japon et 214 en Allemagne.

Le système hospitalier français est donc organisé autour d'une myriade de petits et moyens établissements et de quelques gros groupes et centres hospitaliers. Il est aussi fortement structuré autour des hôpitaux publics (44,9% de l'ensemble des établissements de santé) ; il n'y a que les pays nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) pour être dotés d'un système hospitalier public plus important (73,3% en Finlande).

5. *Cette surabondance est sans incidence sur l'état de santé.* Le lien entre nombre d'hôpitaux dans un pays et état de santé de sa population – tel qu'exprimé par la longévité – n'est pas établi : le nombre d'hôpitaux par nombre d'habitants n'a pas une influence significative sur

l'espérance de vie des populations concernées⁸. Parmi les départements français, on observe ainsi que, pour 100 000 habitants, Paris possède entre 2,5 et 2,7 fois moins d'établissements de santé que des départements que l'on imaginerait spontanément bien moins dotés – la Nièvre, la Creuse, le Cantal, l'Ardèche, par exemple ; de 3 à 5 fois moins d'hôpitaux que la Lozère, les Hautes-Alpes, les Alpes-de-Haute-Provence.

Pourtant, cette surdotation relative n'induit pas une espérance de vie supérieure pour les habitants des départements concernés, c'est même plutôt l'inverse qui prévaut : dans l'ensemble, l'espérance de vie des hommes et des femmes est supérieure à la moyenne nationale à Paris et dans les départements franciliens, alors qu'elle est inférieure à cette moyenne dans les départements où le nombre d'établissements de santé pour 100 000 habitants est le plus élevé.

Le nombre de lits hospitaliers pour 100 000 habitants n'est pas non plus un indicateur fiable quant à l'espérance de vie. Pour une longévité comparable, chez les hommes et chez les femmes, les Hauts-de-Seine ont plus de 3 fois moins de lits hospitaliers que Paris. Avec 2,6 fois plus de lits hospitaliers que le Val-d'Oise, les Hautes-

6. Structures de soins sans rendez-vous, dotées d'un petit plateau technique et exclusivement consacrées à la prise en charge de consultations médicales et de petite chirurgie.

7. L'OCDE définit un hôpital comme un établissement agréé dont l'activité principale consiste à fournir des services médicaux, de diagnostic et de traitement, ce qui inclut les services médicaux, infirmiers et les autres services de santé destinés aux patients hospitalisés, ainsi que les services d'hébergement spécialisés requis pour accueillir des patients hospitalisés, notamment en utilisant des installations spécialisées et en mettant en œuvre des connaissances professionnelles ainsi que des technologies et des équipements médicaux avancés.

8. Même si l'espérance de vie est un indicateur insuffisamment précis pour rendre compte de l'état de santé d'une population (l'espérance de vie en bonne santé, sans maladie ni handicap – également dénommée « espérance de santé » – est un indicateur plus précis), elle n'en constitue pas moins un premier marqueur dont il convient de tenir compte.

Alpes ont une espérance de vie équivalente chez les hommes et supérieure d'un an chez les femmes.

6. *Conclusion : trop d'hôpitaux tuent l'hôpital.* Les ressources très importantes que la France consacre à son système hospitalier sont réparties entre un nombre trop élevé d'établissements. Plus préoccupant encore, il s'agit non pas de petits établissements s'assimilant à des centres de santé – à l'instar des *clinics* au Japon et en Corée, des centres de santé multidisciplinaires en Finlande ou des *walk-in centers* au Royaume-Uni – mais d'un tissu dense de véritables hôpitaux ayant vocation à dispenser la totalité, ou presque, des soins aigus.

Or la qualité d'un hôpital est fortement liée au volume de travail de ses agents. La dispersion des moyens hospitaliers entre de multiples structures ne permet pas à nombre d'entre elles d'atteindre la masse critique d'activité en deçà de laquelle la compétence des personnels s'érode. Elle est, de plus, très coûteuse. L'activité hospitalière est caractérisée par des effets de seuil : quel que soit son volume, des moyens minimaux en équipements et en personnels sont légalement exigés. Par exemple, un lit de soins intensifs ou de réanimation – qu'il soit utilisé ou non – nécessite réglementairement l'emploi d'un nombre requis de personnels dédiés – infirmières, aide-soignants, médecins. La multiplication des établissements mobilise un volume de moyens et de personnels minimal, quel que soit leur niveau d'activité.

Cette dispersion pénalise également l'investissement, notamment en matériel d'imagerie médicale de pointe. En 2017, on ne recensait dans les hôpitaux de notre pays que 17 scanners par million d'habitants, alors qu'on en comptait 24 en Finlande, 35 en Allemagne et en Italie,

38 en Corée, 42 aux États-Unis et 111 au Japon. Le même constat s'impose s'agissant des IRM (imagerie par résonance magnétique) : en 2017, on en comptait 14 par million d'habitants en France, contre 29 en Italie et en Corée, 34 en Allemagne, 55 au Japon et 37 aux États-Unis.

Historiquement, l'implantation des hôpitaux – établissements publics communaux – s'explique à la fois par le nombre très élevé de communes en France, par le temps d'accès des patients offert par les moyens de transport existant alors (cheval, carriole, transport pédestre...) et par les contributions financières – civiles ou religieuses – à l'édification des établissements de charité puis de soins.

Cette époque est révolue. Le rapport Vallancien avait observé que la localisation des petits hôpitaux qui assurent moins de deux mille actes opératoires par an ne pouvait pas s'expliquer par des difficultés géographiques ou climatiques locales spécifiques⁹. De même, alors que la notion de distance du soin s'est infiniment complexifiée en raison de l'évolution radicale des modes de transport, de l'embolisation des voies d'accès dans les métropoles, des délais de prise de rendez-vous et des temps d'attente dans les structures de soins, c'est toujours l'éloignement qui prévaut dans l'esprit du public, comme si la qualité des soins était toujours corrélée à l'étendue à parcourir ; signe de cette réminiscence, les distances continuent d'être calculées en kilomètres.

Or, mis à part les soins urgents – pour lesquels des transports sanitaires modernes (hélicoptère, camions médicalisés du SMUR, par

9. Seuil d'activité en deçà duquel la sécurité et la qualité des soins chirurgicaux doivent être examinées. Voir Guy Vallancien, *L'Évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, 3 avril 2006.

exemple) peuvent diriger le patient vers la structure la plus adaptée à sa prise en charge – et les soins chroniques, c'est davantage le niveau d'excellence et de spécialisation ainsi que la permanence des soins (plages d'ouverture des services et temps d'attente) qui sont désormais les facteurs essentiels dans la qualité de la prise en charge hospitalière. De même, l'accès aux soins est bien plus influencé par les spécificités culturelles et sociales de certaines populations que par la longueur du trajet qui les sépare d'une structure de santé. La distance entre le patient et l'établissement de soins ne peut s'évaluer qu'en fonction de la faible fréquence du recours aux structures hospitalières, notamment sous la forme d'une hospitalisation complète : fort heureusement, la plupart de la population se rend très rarement à l'hôpital.

La difficulté de modifier les acquis

Il est extrêmement difficile de modifier les acquis – qu'ils soient positifs ou négatifs, qu'il s'agisse de sous-dotation ou de surdotation –, et ce pour deux raisons principales : d'abord parce que l'hôpital a une importance économique et politique essentielle sur son territoire d'implantation ; ensuite, parce que pour les populations de certains territoires considérés comme des « déserts médicaux », l'hôpital est souvent l'unique recours en matière de soins, notamment parce que les structures de proximité sont trop peu nombreuses dans notre pays. Reprenons ces deux points.

S'agissant du rôle local de l'hôpital, le code de la santé publique confirme que le statut spécifique des établissements publics de santé

résulte, en particulier, de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales. Aujourd'hui, même si leur ressort peut être communal, intercommunal, départemental, régional, inter-régional ou national, l'immense majorité des hôpitaux publics est rattachée à une commune. Ce rattachement communal – qui remonte à la Révolution française – s'observe dans la présidence des conseils de surveillance des hôpitaux publics – souvent assurée par le maire de la commune de rattachement – et par leur dénomination. L'hôpital porte, en effet, le nom de sa commune d'implantation ; les centres hospitaliers intercommunaux (CHI) – nés de la fusion administrative de plusieurs établissements – se voient très fréquemment désignés par le nom des communes de rattachement avant la fusion (Eaubonne-Montmorency, Le Raincy-Montfermeil, Poissy/Saint-Germain-en-Laye, Albertville-Moûtiers, etc.), ou bien un intitulé générique qui n'en privilégie aucune : CHI de Cornouaille (Quimper-Concarneau), Bretagne-Atlantique (Vannes-Auray), Sud francilien (Corbeil-Essonnes/Évry-Courcouronnes)...

Sur un territoire donné, l'hôpital est un acteur économique et politique essentiel : il est souvent le principal donneur d'ordre pour les entreprises locales, le premier employeur, le plus gros client, le premier contribuable, l'investisseur le plus important, la source principale des flux de déplacements. Le prestige et l'attractivité qu'il apporte à la commune d'implantation font de lui non seulement un des principaux protagonistes de la politique de santé publique, mais aussi un acteur clé de l'aménagement territorial, notamment des plans de déplacement urbains. Politiquement, aucune autorité locale, départementale ou régionale ne peut perdre de vue les évolutions du ou des établissements de soins de

son territoire. C'est ce qui explique la grande réticence des exécutifs locaux à l'égard de toute modification de l'offre hospitalière... et rend si difficiles toute tentative de rationalisation et le dépassement de cette juxtaposition entre surabondance et pénurie de ressources hospitalières.

Cet attachement à l'hôpital local est partagé par les administrés. Si les habitants de certaines villes se mobilisent contre la fermeture de services et/ou d'établissements de santé (Longjumeau, Sisteron, Clamecy, Blanc, Rennes, Carnelle, Creil, Sainte-Affrique...), ce n'est pas uniquement pour une exigence de confort kilométrique. L'inconvénient de l'expression « désert médical » est qu'elle renvoie essentiellement à une notion géographique alors que, on l'a vu, le problème de l'accès aux soins est multifactoriel : géographique, financier, culturel, disponibilité des praticiens...

Même si, en France, le nombre de médecins a crû plus rapidement que celui des habitants (en vingt ans leur nombre a augmenté de 16 % et le nombre d'habitants de 11 %), et que les disparités dans l'installation de praticiens par département sont à un niveau sensiblement semblable à celui qui prévalait dans les années 1980, il reste que le sentiment d'un accès inégal aux soins s'est amplifié et que les populations concernées expriment une inquiétude profonde quant à la prise en charge de leurs problèmes de santé... non sans raison.

La plus récente évaluation conduite par la Direction de la recherche du ministère de la Santé révèle, en effet, que 870 000 personnes (1,3 % de la population française) ont une accessibilité faible aux médecins généralistes et vivent à plus de trente minutes du service d'accueil des urgences le plus proche; 330 000 d'entre elles (0,5 % de la population) subissent – en plus de

ces deux carences – une absence de pharmacie à proximité de leur domicile¹⁰. Sans surprise, les personnes les plus affectées sont les résidents de communes de petite taille, installés dans des espaces à dominante rurale ou dans des régions montagneuses. Or les professions de santé fonctionnent en « écosystème », elles sont imbriquées dans une chaîne de prescriptions : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires d'analyses médicales, pharmacies s'installent quand ils ont l'assurance que des prescriptions médicales locales alimenteront leur activité; médecins généralistes, cardiologues, dentistes, ophtalmologistes exercent dans un environnement en mesure de mettre en œuvre leurs prescriptions. C'est la raréfaction de l'offre de soins de premier recours qui confère un caractère essentiel à bon nombre d'hôpitaux locaux.



La rationalisation de l'offre de soins hospitaliers aigus, telle qu'elle est recommandée ici, peut s'appliquer sans risques ni conséquences dommageables aux soins programmés (accouchements sans risque, actes chirurgicaux, examens d'imagerie médicale, consultations, etc.), parce que ces derniers sont par nature rares dans la vie de chacun, prévisibles et ponctuels. Il n'en va pas de même s'agissant des soins non programmés, particulièrement des urgences.

C'est la raison pour laquelle la réduction du nombre d'hôpitaux de soins aigus de petite taille ne peut s'envisager qu'à deux conditions : avoir préalablement pris en compte les situations géographiques particulières (les régions de moyenne

10. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), « Déserts médicaux : comment les définir? Comment les mesurer? », *Les Dossiers de la DREES*, n° 17, mai 2017.

et haute montagne en forment l'exemple type); s'être assuré que la prise en charge des urgences est correctement graduée et durablement garantie. Or l'efficacité des transports médicalisés des patients en situation d'urgence connaît par nature des limites : le nombre d'ambulances, de camions du SMUR, d'hélicoptères est contraint. L'efficacité des centres de régulation médicale (SAMU, pompiers) n'est pas absolue : des décès de patients ont démontré tout récemment que l'accueil téléphonique des SAMU, la coordination entre SAMU et pompiers connaissent aussi des échecs aux conséquences dramatiques, parfois funestes.

C'est ce constat qui a conduit la Cour des comptes, dans son rapport public 2018, à encourager la disposition du plan gouvernemental « Ma santé 2022 » qui prévoit l'accroissement du nombre d'hôpitaux de proximité, dotés de petits plateaux techniques et ayant vocation à prendre en charge « des patients stables, relevant de consultations simples ou de consultations comportant un nombre limité d'actes diagnostiques ou thérapeutiques » – à l'image, à l'évidence, des *walk-in centers* britanniques. L'ambition de ces établissements serait d'être non plus de petits

hôpitaux de soins aigus, mais bien des structures intermédiaires de prise en charge et – éventuellement – de transfert des patients vers des établissements hospitaliers plus spécialisés.

Seule la transformation d'une partie des hôpitaux locaux de soins aigus en hôpitaux de proximité permettrait de concilier rationalité économique, exigence de qualité des soins hospitaliers aigus et maintien/revivification d'un tissu local de prise en charge de soins de premier recours. Autant il est coûteux – et dangereux pour les patients – de maintenir ouverts des blocs opératoires où chirurgiens et personnels paramédicaux exercent insuffisamment pour conserver leur niveau de compétence, autant il est incompréhensible qu'il faille parcourir des dizaines de kilomètres en transport d'urgence pour réduire et plâtrer une fracture simple ou poser quelques points de suture. La concentration du système hospitalier français ne peut s'envisager que parallèlement à un maillage territorial en hôpitaux de proximité – autrefois dénommés dispensaires –, autour desquels peut se ramifier un réseau de professionnels de santé.

Robert Holcman.