



INSTITUT
DIDEROT

Les Carnets des Dialogues du Matin

BERNARD GRANGER

L'avenir de l'hôpital public

Les Carnets des Dialogues du Matin

BERNARD GRANGER

L'avenir de l'hôpital public

Automne 2012

Sommaire

Avant-propos Dominique Lecourt	p. 5
L'avenir de l'hôpital public Bernard Granger	p. 7
Les publications de l'Institut Diderot	p. 35

Avant-propos

Bernard Granger a beaucoup ferrailé contre la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires)¹ qui a profondément modifié le statut et la gestion de l'hôpital public. Le présent texte porte la marque des tensions dont ces débats ont témoigné et tente de tracer de nouvelles perspectives d'avenir. La question du mode de financement apparaît comme fondamentale ainsi que celle de l'organisation des pouvoirs et de ce qu'on a pu appeler l'« invasion des managers » dans la gestion hospitalière. Le co-fondateur du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public regrette que, paradoxalement, il s'ensuive une dégradation sensible des finances hospitalières, un manque criant d'investissements ainsi qu'un culte excessif d'indicateurs chiffrés souvent absurdes.

Dénonçant la rémunération à l'acte et la multiplication en conséquence des actes inutiles, Bernard Granger demande que la réflexion se porte à nouveau sur le temps que le praticien peut consacrer au patient dans son parcours de soin. Dénonçant l'idée de Nicolas Sarkozy qu'il ne faut qu'un seul patron à l'hôpital, le praticien suggère une direction partagée entre administrateur initié aux réalités médicales et un médecin initié à celles de l'administration ; ce qui demanderait une réforme très ambitieuse de la formation des uns et des autres.

Pr. Dominique Lecourt

Directeur général de l'Institut Diderot

1. Le texte de loi a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Il est paru au *Journal Officiel* le 22 juillet 2009.

L'avenir de l'hôpital public

INTRODUCTION

L'hôpital est une institution d'origine religieuse qui s'est laïcisée progressivement. Il a été constamment un lieu de tensions entre pouvoir local et pouvoir central, pouvoir médical et pouvoir administratif. Nous verrons comment ces tensions ont été ravivées par la récente loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009. Depuis la « médicalisation » de l'hôpital, surtout sensible à partir de la fin du XVIII^e siècle, l'ambivalence entre ses fonctions d'hébergement et ses fonctions de soins n'a pas été levée. On a pu le constater récemment lorsque des personnes sans-abri ne trouvant aucune place en foyer d'accueil sont allées se réfugier aux urgences de l'hôpital Robert Debré² ou dans d'autres hôpitaux publics. L'histoire montre enfin que les médecins et l'administration hospitalière se sont toujours plaints d'un manque de moyens pour assurer leurs missions.

Le paysage des hôpitaux publics français a radicalement changé lorsque la réforme Debré a été mise en œuvre par l'ordonnance du 30 décembre 1958. Cette ordonnance créait les Centres hospitaliers et universitaires (CHU) en partant

2. Voir par exemple l'article de *l'Express* du 29 juillet 2011 « Sur une banquette de l'hôpital Robert Debré, une famille sans abri s'endort chaque soir ».

du principe qu'il fallait assurer les soins, l'enseignement et la recherche sur le même lieu. L'ordonnance de 1958 avait pour objectif d'attirer les meilleurs médecins à plein temps à l'hôpital et de former tous les étudiants en médecine au lit du malade, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Cette réforme ne s'est pas imposée sans contestation, mais, plus d'un demi-siècle après sa mise en œuvre, son succès reste incontestable. Les CHU ont donné un nouveau souffle à la médecine française. Il faut dire que Robert Debré s'était donné les moyens politiques de mettre en place ses projets en travaillant avec des représentants hauts placés des ministères concernés. Il a aussi bénéficié de circonstances historiques particulières : l'arrivée du Général de Gaulle au pouvoir (ce grand projet de réforme hospitalière avait été initié sous la IV^{ème} République, alors que Pierre Mendès-France était Président du Conseil), le changement de Constitution permettant de légiférer par ordonnances, la nomination de son fils Michel comme Premier ministre. Il faut ajouter que c'était une réforme dans l'air du temps : elle intégrait de nombreuses dispositions qui avaient été adoptées par d'autres pays développés, notamment les Etats-Unis.

Avant 1958, l'hôpital était considéré comme un refuge pour les pauvres et les indigents, et dispensait des soins qui n'étaient pas toujours de très bonne qualité. La réforme Debré avait pour objectif, selon un idéal de progrès et d'égalité, d'offrir les meilleurs soins possibles à toute la population, quelle que soit sa classe sociale. Il n'est pas certain qu'on puisse en dire autant des réformes récentes que nous allons maintenant décrire pour essayer de brosser un tableau de l'état actuel des hôpitaux publics, avant d'esquisser ce que pourrait être leur avenir.

1. LA QUESTION DU MODE DE FINANCEMENT ET LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Pendant longtemps, les hôpitaux ont été financés *au prix de journée*. Le principe en avait été généralisé par une loi de 1941. Plus les lits étaient occupés, plus les séjours étaient longs, plus les recettes de l'hôpital augmentaient. Ce mode de financement avait des effets pervers évidents, mais aucun mode de financement n'en est exempt. En 1983, face au dérapage des dépenses de santé, en particulier des dépenses hospitalières, un nouveau mode de financement fut adopté, *la dotation globale*, sous la forme d'une enveloppe budgétaire allouée chaque année à chaque établissement. Cette méthode a permis de freiner les dépenses de santé, mais cette dotation était souvent injuste, et n'encourageait pas les hôpitaux les mieux dotés à se restructurer et à avoir une activité plus dynamique. Malgré ces mesures, les dépenses de santé ont continué à progresser si bien qu'en 1996 une procédure nouvelle a été instituée donnant au Parlement le pouvoir de voter chaque année un *objectif national des dépenses d'assurance maladie* (ONDAM) et de fixer une enveloppe de dépenses de santé prises en charge par la collectivité. Ce montant déterminé par le Parlement a été rarement respecté, sauf dernièrement. Au sein de cet ONDAM, on distingue un ONDAM hospitalier.

La réforme du mode de financement la plus récente et la plus contestée est la *tarification à l'activité* (T2A), mise en place en 2005 et généralisée en 2008 pour les services de médecine, chirurgie et obstétrique. La psychiatrie, les soins de suites et de réadaptation, et les soins de longue durée n'entrent pas dans ce champ. La T2A a bouleversé le fonctionnement des hôpitaux. Elle consiste à rémunérer les séjours en fonction des actes pratiqués et du diagnostic retenu pour chaque séjour. Il existe en réalité une

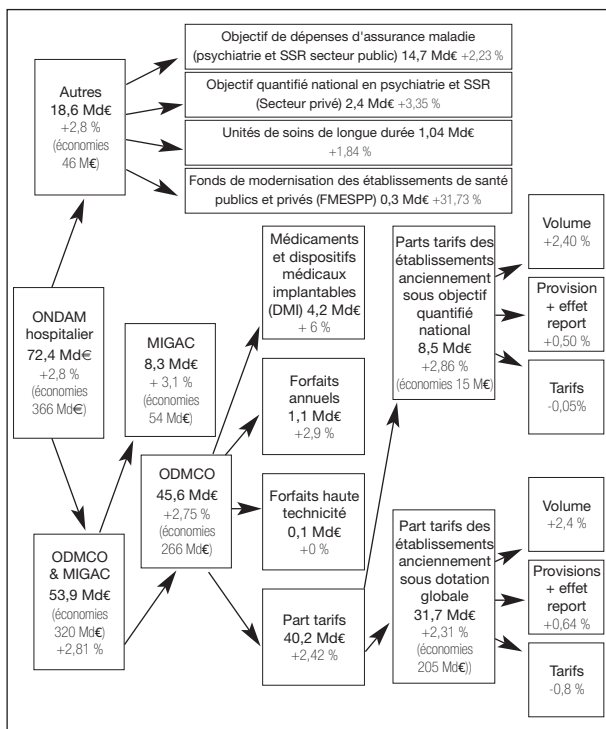
multiplicité de sous-groupes, au point qu'on dénombre aujourd'hui près de 3 000 tarifs différents, correspondant chacun à un groupe homogène de séjours. L'effet pervers de la T2A est dès lors assez simple à deviner : ce système encourage à multiplier les actes pour gonfler les recettes, mais aussi à tricher dans leur codification, car les hôpitaux ont intérêt à appliquer le codage le plus valorisé, procédure chastement appelée « optimisation du codage ». La sécurité sociale fait d'ailleurs régulièrement des contrôles dans les hôpitaux pour s'assurer qu'il n'y a pas de surcodage. Certains hôpitaux ont été condamnés à verser des amendes importantes à l'issue de ces contrôles.

La T2A ne représente pas, cependant, l'intégralité du financement des hôpitaux, qui est plus complexe, comme le montre le tableau ci-contre.

Tout commence avec l'ONDAM hospitalier voté par le Parlement. Il est ensuite distribué en différentes sous-enveloppes. Pour simplifier, disons qu'une enveloppe concerne la T2A, mais qu'il en existe beaucoup d'autres comme, par exemple, les MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Ces missions d'intérêt général renvoient, par exemple, à la permanence des soins. Un hôpital qui accueille tout le monde sans rendez-vous, 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année, sera mieux doté qu'une clinique privée qui sélectionne ses patients, ne fait que de la chirurgie ambulatoire et ferme ses portes à 18 h. Les tâches d'enseignement font elles aussi partie des MIGAC.

La T2A a eu pour effet d'augmenter considérablement l'activité des hôpitaux. Mais, il s'agit en réalité d'une *fausse* tarification à l'activité, puisqu'elle se calcule au sein d'une enveloppe fermée, l'ONDAM. L'augmentation d'activité conduit mécaniquement à une *baisse des tarifs*. Comme le

Répartition de l'ONDAM hospitalier vers les tarifs et les dotations²⁴⁰ (campagne 2011)



montre le tableau ci-dessus, les tarifs ont ainsi baissé en 2011 de 0,05 % pour l'hospitalisation privée et de 0,8 % pour l'hôpital public, alors même que l'ONDAM augmentait de 2,8 %. Par conséquent, les hôpitaux travaillent plus mais ne gagnent pas forcément plus.

2. L'ORGANISATION DES POUVOIRS AU SEIN DE L'HÔPITAL : DES MANDARINS AUX CHEFS DE PÔLE

On a beaucoup glosé sur le pouvoir des « mandarins » dans les hôpitaux et le pouvoir médical en général. Au cours de ces trente dernières années, ce pouvoir s'est singulièrement réduit. Les services médicaux sont désormais organisés selon une double hiérarchie, avec d'un côté les médecins, de l'autre le reste du personnel soignant. Le chef de service n'a aucun pouvoir légal sur les équipes soignantes (infirmières, aides-soignantes, autres personnels paramédicaux). Il conserve un pouvoir fonctionnel, un rôle d'animation et un reste de prestige, mais, pour affaiblir le pouvoir des chefs de service et dissocier les équipes soignantes, les personnels soignants non médicaux ont été placés hors de leur responsabilité directe.

La notion même de service doit être aujourd'hui relativisée, puisque les services ont été découpés en 1991 en *unités fonctionnelles*, elles-mêmes dirigées par des responsables d'unités fonctionnelles. En 2005 ont été créés les *pôles*, renforcés par la loi HPST en 2009. Un pôle correspond à un regroupement d'unités fonctionnelles et de services, fondé sur une logique souvent plus gestionnaire que médicale. Par exemple, l'unité de psychiatrie dont j'ai la responsabilité a d'abord été placée dans un pôle qui regroupait les urgences, les réanimations et les grands brûlés ; actuellement nous sommes dans un pôle où se trouvent aussi les maladies rares, le diabète, la médecine du sport, les urgences... Cette organisation en pôles vise à minimiser le pouvoir des chefs de services (désignés comme principe de tous les maux), selon une logique où l'on demande par ailleurs aux médecins de s'approprier

la gestion au plus près du terrain : il s'agit de gérer les pôles comme de petites entreprises. En réalité, l'administration n'a jamais voulu se dessaisir de son pouvoir : la délégation de gestion promise avec l'organisation en pôles n'a pas été vraiment mise en œuvre.

Avec la loi HPST, ces évolutions ont atteint un stade qui a fort légitimement inquiété les équipes soignantes et même une bonne proportion des directeurs d'hôpitaux. Cette loi met d'abord fin à la notion d'établissement public de santé, au profit des missions de service public, ce qui sous-entend qu'une structure privée peut assurer des missions de service public, y compris la formation et la recherche, ce qui est une façon de battre en brèche un des principes fondamentaux de la réforme Debré. Elle marque l'avènement de l'hôpital-entreprise, l'hôpital étant désormais considéré comme une société commerciale. Elle instaure par ailleurs des « préfets sanitaires » : les directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS). Dans chaque région, une ARS se trouve chargée d'organiser l'ensemble des soins sur le territoire régional, non plus seulement les soins hospitaliers³. La loi HPST est aussi caractérisée par le « tout-pouvoir » théoriquement attribué aux directeurs des hôpitaux. C'est la célèbre formule, prononcée par le président de la République de l'époque dans son discours de Neufchâteau : « Il faut un seul patron à l'hôpital. »⁴ Enfin, le projet de loi prévoyait explicitement la disparition des services au profit des pôles, ce qui constituait une aberration car les meilleurs hôpitaux du

3. Il existait avant des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

4. « Il faut à l'hôpital public un patron et un seul, excusez-moi : ce patron, c'est le directeur. », Nicolas Sarkozy, Discours de Neufchâteau, 17 avril 2008.

monde sont organisés en services, le service étant l'unité d'organisation la plus performante au point de vue médical, la référence pour les patients et les médecins. De taille humaine, les services correspondent aux différentes disciplines et ne sont pas une entrave à la bonne coopération entre spécialistes. Par leurs réactions (allant jusqu'à la grève et les manifestations) contre les dispositions de la loi HPST, les hospitaliers ont finalement obtenu que les services soient maintenus, mais avec une marginalisation du responsable de service au profit du chef de pôle.

La gouvernance hospitalière qui découle de la loi HPST est considérée de type bonapartiste par les uns, soviétique par les autres. Elle s'exerce verticalement. Le chef de pôle est nommé par le directeur de l'hôpital et il est révocable à tout moment, donc sous dépendance administrative. Il est, en quelque sorte, le commis aux basses œuvres à l'égard des équipes médicales, position qui n'est guère confortable. D'ailleurs les volontaires pour cette responsabilité ne sont pas légion en dépit du pouvoir dont ils disposent. Le directeur d'hôpital est, de son côté, soumis au directeur général de l'ARS et il est lui aussi révocable à tout moment. Les directeurs généraux de l'ARS, à leur tour, dépendent directement du ministère de la Santé. Nous sommes donc face à un système très hiérarchisé et centralisé. Très souvent, c'est le cabinet du ministre qui règle directement tel ou tel problème local.

Cette organisation ne comporte aucun contre-pouvoir, ni des élus locaux, ni du personnel hospitalier, et, en particulier, aucun contre-pouvoir médical. Seul demeure le recours à la justice administrative ou pénale lorsqu'un agent s'estime victime d'agissements excessifs de la part de sa hiérarchie. Il faut d'ailleurs noter que les saisines se multiplient. Il existe comme une atmosphère de « guérilla » dans de nombreux

hôpitaux... Certains cas ont défrayé la chronique : le directeur de l'hôpital de Ville-Evrard – un des plus grands hôpitaux psychiatriques de France – a cherché à affirmer abusivement son autorité. Il s'est ainsi mis à dos tous les médecins et a dû être muté. Les conflits sociaux et les manifestations de défense des hôpitaux se multiplient, liés notamment aux suppressions de postes et aux réorganisations hospitalières que la loi HPST rend possibles sans ménagements. On assiste enfin à des conflits ouverts entre directeurs d'hôpitaux et ARS. Récemment, une commission nationale des conflits a été mise en place pour les arbitrer.

Quelques uns de ces directeurs d'hôpitaux, promus uniques patrons à l'hôpital, sont excellents, d'autres ne sont pas toujours à la hauteur de leurs tâches. On assiste surtout à une véritable « invasion des managers »⁵, avec une croissance sans fin de l'administration et de ses procédures, pour ne pas dire de ses tracasseries. Certains directeurs aiment à se qualifier de « managers publics de santé ». Le président du Syndicat des managers publics de santé, qui a beaucoup soutenu la loi HPST, déclarait ainsi : « Nous avons la responsabilité d'un patron du CAC 40, la rémunération d'un gérant de Mac Do et les pouvoirs d'un directeur d'école »⁶. Plus pertinente serait cette phrase du Prince de Ligne : « Il y a des administrations qui coûtent plus cher que si on y volait », formule qui s'applique tout particulièrement à certains mastodontes comme l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, où le poids de l'administration est très fort. C'est là un mal qui n'est pas propre à l'hôpital : l'administration prétend défendre l'intérêt

5. Selon les termes du célèbre article de J. Borgstein, « Invasion of the managers » paru dans *The Lancet*, vol. 362, issue 9379, 2003, p. 256.

6. P. Bluat, *Les Echos*, 21 octobre 2010.

général mais, en réalité, elle défend ses propres intérêts, ses méthodes, ses privilèges, et, à l'hôpital, la finalité bureaucratique et comptable finit toujours par l'emporter sur la finalité médicale et humaine. Notons au passage un symptôme révélateur de l'emprise tentaculaire de l'administration : le personnel administratif, qui n'est pas directement producteur de soins, a augmenté dans les hôpitaux de près de 43 % entre 1985 et 2009.

Lorsqu'on donne des leçons de gestion, comme n'a cessé de le faire le ministère de la Santé entre 2009 et 2012 pour justifier sa loi HPST, il faut commencer par montrer l'exemple. De ce point de vue, l'épisode de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 a fait la démonstration des faibles compétences gestionnaires du ministère de la Santé et de celle qui était alors à sa tête : moins de 8 % de couverture vaccinale alors qu'on en escomptait près de 100 % ; au moins 300 millions d'euros jetés par les fenêtres selon la Cour des Comptes ; une dramatisation alarmiste qui a paniqué inutilement la population ; et surtout la mise à l'écart des professionnels de santé. Il n'était pas question que ce soit les médecins généralistes ou les hôpitaux qui vaccinent (a-t-on idée de confier une chose aussi sérieuse à des professionnels ?), mais le ministère de l'Intérieur dans des gymnases ! On a même réquisitionné les internes des hôpitaux pour qu'ils aillent dans les gymnases informer les rares candidats à la vaccination, quoiqu'ils n'aient pas eux-mêmes le droit de vacciner, désorganisant les services hospitaliers où ces internes travaillaient auprès des malades. Bel exemple de la médecine administrée d'en-haut, telle qu'elle s'est affirmée à travers la loi HPST.

3. MAÎTRISER LES DÉPENSES DE SANTÉ : À QUEL PRIX ?

L'évolution que connaît le système hospitalier en France n'a rien d'original, sinon dans cette centralisation et cette verticalité typiques de notre tradition politique. Pour le reste, l'ensemble des pays développés manifeste un même souci de maîtriser les dépenses de santé devant leur augmentation continue d'une part, en raison de la compétitivité économique avec les pays émergents de l'autre. Ce souci se traduit notamment par un désengagement de la puissance publique et la mise en œuvre des mécanismes de marché comme outil principal de régulation.

a. Des finances hospitalières dégradées.

Entre 1995 et 2010, les dépenses de santé ont connu une progression de 178 %, et de 170 % pour les soins hospitaliers⁷. Les dépenses hospitalières atteignaient près de 78 Mds d'euros en 2009, soit 44 % des dépenses de santé (38 % si on enlève les médicaments dispensés à l'hôpital), dont 34 % pour l'hôpital public⁸. Ces dépenses hospitalières sont couvertes à plus de 90 % par le financement public, tandis que les dépenses de ville ne sont couvertes qu'à un niveau d'environ 50 %. Le nombre de séjours en 2007 atteignait près de 16 millions dans les services de soins aigus, dont 1/3 correspondait à des séjours de moins de 24 heures. La tendance est au raccourcissement de la durée des séjours et à la suppression d'un nombre

7. Il convient cependant de mettre en regard ces progressions avec celle du PIB, qui a été 163 % sur la même période. Au final, la part des dépenses de santé par rapport au PIB entre 1995 et 2010 est passée de 10,4 à 11,7 %.

8. Notons que, relativement, la part des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé a évolué à la baisse passant de 54 % en 1982, 47 % en 1995 à 44 % aujourd'hui.

considérable de lits : environ 4 000 lits supprimés par an entre 1981 et 2008. En psychiatrie, le nombre de lits a diminué de plus de 50 % depuis 1980. Pour les lits de courte durée hors psychiatrie, la diminution est de 40 %. On évalue à 10 % le taux d'inadéquation des séjours, c'est-à-dire qu'environ 10 % des séjours de plus de 24 h pourraient être soit évités, soit raccourcis. Le taux d'hospitalisation dépend de la tranche d'âge : chaque année, plus d'une personne âgée de plus de 80 ans sur deux est hospitalisée.

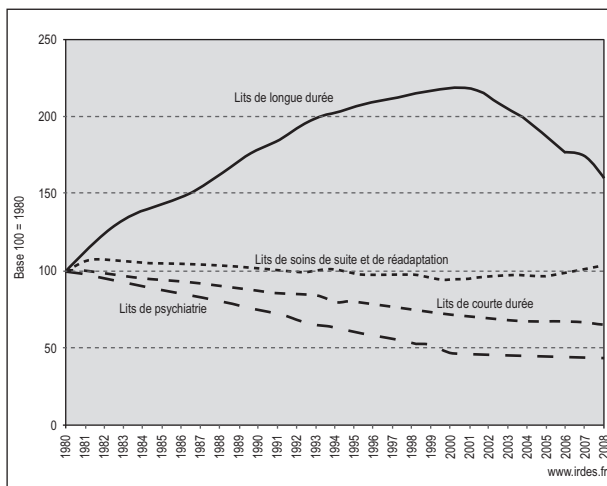


Tableau 2 : évolution du nombre de lits entre 1980 et 2008 (source IRDES)

Les finances des hôpitaux sont très mal en point et la situation s'aggrave de manière préoccupante. Cette situation est en partie *voulue*, dans la mesure où l'ONDAM hospitalier a été utilisé pour « mettre sous tension les hôpitaux », selon une expression de la Cour des Comptes, c'est-à-dire pour obliger les hôpitaux à une meilleure

productivité⁹. Il est vrai que les écarts de productivité d'un hôpital à l'autre sont considérables et qu'il existe encore des possibilités d'amélioration dans nombre d'entre eux. En tous les cas, pour 2011, la progression de l'ONDAM hospitalier a été inférieure à la progression des charges fixes des hôpitaux (gaz, électricité, masse salariale, etc.). Les hôpitaux sont donc globalement *déficitaires*, étant bien entendu que la notion de déficit est ici particulière puisque les hôpitaux ne fixent pas leurs tarifs et qu'ils sont obligés de faire avec l'enveloppe globale qui leur est allouée. Ce sont donc les mêmes qui provoquent les déficits (en fixant l'ONDAM) qui les reprochent ensuite aux hôpitaux. Lors d'un débat sur France Culture, Philippe Juvin, urgentiste, responsable politique favorable à l'hôpital-entreprise et professeur de médecine, a fait un lapsus révélateur : parlant des déficits des hôpitaux, il a déclaré : « *les déficits qu'on organise* »... Il exprimait bien malgré lui une certaine réalité. Les hôpitaux ont par conséquent souscrit des emprunts pour des montants considérables, et même des emprunts toxiques pour près de 3,3 Mds d'euros. L'endettement global a tendance à se creuser, et, ce qui est plus grave, les emprunts ne sont pas destinés uniquement à financer les investissements, mais servent aussi à assurer les dépenses courantes et la trésorerie.

A cela, il faut ajouter la situation créée par l'instauration des 35 heures de travail hebdomadaire en 2001. Les équipes soignantes devant assurer les soins 24 h/24 dans la plupart des services, on ne peut compenser la diminution de la durée du travail par une augmentation de productivité. Il a donc fallu créer des postes. Mais les infirmières, pour

9. Rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale, 2010

ne citer que cet exemple, n'étant pas formées en nombre suffisant, cela a conduit à une fuite de certaines hors de la région parisienne, qui s'est trouvée en situation de pénurie avec tout ce que cela entraîne, vers des régions où la vie est moins chère et où des postes étaient à pourvoir. On a en outre donné aux médecins hospitaliers non universitaires des journées de récupération, ce qui a conduit à une accumulation de ces journées car, pour que le bon fonctionnement des services et la continuité des soins soient assurés, les médecins ne peuvent pas récupérer leurs journées de repos. Il en va de même pour les autres catégories de soignants. Pour les seuls médecins, près de 2 millions de jours de récupération non financés ont été accumulés, ce qui pose là encore des problèmes budgétaires importants.

b. Un manque d'investissements.

En raison d'une insuffisance d'investissements dans les infrastructures hospitalières, on constate un degré inquiétant de vétusté dans les hôpitaux. Comme le notait un article du *Parisien* à propos de l'hôpital Avicenne à Bobigny : « au premier étage, celui du service de chirurgie orthopédique, il n'est pas rare de croiser des cafards [...] à l'étage plus haut, en cardiologie, les trous du linoléum sont bouchés avec du chatterton. »¹⁰ Il faut cependant reconnaître et saluer les immenses progrès de ces dernières décennies en matière hôtelière : les chambres communes ont disparu, le confort des patients s'est amélioré. Malgré tout, à l'heure actuelle, le degré de vétusté s'accroît de façon préoccupante.

10. *Le Parisien*, « L'inquiétante vétusté de l'hôpital Avicenne », 15 septembre 2011.

Le même défaut d'investissement touche les équipements. La France accuse par exemple un énorme retard en matière d'imagerie. Nous disposons en 2012 de 9,8 appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par million d'habitants tandis que dans les autres pays européens occidentaux, la moyenne est de 19,5. Le retard est encore plus grand pour les PET scans¹¹, des appareils très performants pour détecter les métastases cancéreuses. Il faudrait citer aussi l'équipement des salles de chirurgie. Plus globalement, les hôpitaux publics accumulent un retard considérable dans leurs équipements de toute nature du fait d'un manque d'investissement, y compris dans les grands centres universitaires.

Les services d'urgences constituent une autre source de difficultés majeures pour les hôpitaux. Ils souffrent d'une véritable saturation. On est ainsi passé, en dix ans, de 8 à 16 millions de passages aux urgences par an. Les avantages des urgences pour les patients sont évidents, même si cela va de pair avec une attente considérable : ils y sont accueillis dans un lieu disposant d'un plateau technique permettant des examens complémentaires immédiats, tous les jours de l'année, à n'importe qu'elle heure du jour et de la nuit, sans aucun filtre et sans dépassement d'honoraires, voire « gratuitement », car les caisses ne sont pas ouvertes 24 h/24. Le plus souvent, il ne s'agit pas de « vraies » urgences puisque seul un patient sur cinq qui se présentent aux urgences est hospitalisé. Il existe sur ce point un défaut d'organisation et de permanence des soins hors urgences. En médecine libérale, cette permanence s'effectue sur une base volontaire : si un médecin de ville ne veut pas assurer

11. Pour « *positron emission tomography* » scanners.

de permanence des soins, il en a le droit. Quant aux maisons médicales de garde, qui seraient très utiles pour désengorger les urgences, elles ont beaucoup de mal à se développer.

c. Des réponses pires que le mal ?

Pour réduire les tensions budgétaires, les suppressions d'emplois sont la variable d'ajustement la plus simple, et elle a été beaucoup utilisée. Le poste budgétaire hospitalier le plus important, et de loin, est celui des dépenses de personnels (65 à 70 % des dépenses). Il existe en outre un turn-over important des postes soignants, car ce sont des métiers éprouvants. De nombreux emplois ont donc été supprimés : 9 800 postes, par exemple, entre 2008 et 2009¹². Or, il suffit souvent de supprimer un ou deux postes dans un service pour désorganiser son activité. On a aussi beaucoup misé, à travers les pôles, sur la polyvalence du personnel : séduisante dans son principe, elle n'est pas toujours simple en pratique. Ainsi, un infirmier psychiatrique ne peut pas aller travailler facilement en chirurgie ou en diabétologie, car ce n'est absolument pas le même métier.

Les autres réponses proposées pour réduire les tensions budgétaires peuvent s'avérer plus dangereuses que le mal. Ainsi, la religion des indicateurs chiffrés se répand. La France adopte, avec d'ailleurs un certain retard sur les pays anglo-saxons, le culte de ces indicateurs, qui présentent tous des effets pervers et aboutissent en particulier à ce que les responsables aient l'œil fixé sur l'indicateur plutôt que sur le malade. Certains indicateurs peuvent avoir un

12. Selon la Fédération hospitalière de France, la baisse devrait se poursuivre en 2010 et 2011 avec respectivement 10 000 et 15 000 suppressions de postes.

sens : la durée moyenne des séjours se réduit avec les progrès de la médecine ; mais parfois, si on réduit trop la durée moyenne des séjours, on provoque un taux de ré-hospitalisation très élevé. Le nombre de journées ou d'actes, qui est à peu près le seul indicateur que regardent les gestionnaires d'hôpitaux (qui raisonnent comme un commerçant qui, à la fin de sa journée, examine sa recette), est un indicateur extrêmement trompeur. Plus un établissement réalise de journées ou d'actes, plus il enregistre des recettes, mais cela ne dit rien sur la pertinence et la qualité de ces actes. Il a été aussi montré qu'à force de vouloir réduire la durée des interventions chirurgicales pour mieux rentabiliser les équipements, les résultats se détérioraient. De même pour le temps d'attente aux urgences : on a estimé que les Français attendaient trop aux urgences et que désormais ils ne devraient pas attendre plus de deux heures. Le résultat est que certains responsables de services d'urgences, pour obtenir de bons indicateurs de temps d'attente, expédient leur travail : le diagnostic n'est pas bon, les examens utiles ne sont pas pratiqués et les résultats sont néfastes pour le malade. La sottise de ces pratiques managériales a atteint un sommet lorsqu'il a été envisagé par les pouvoirs publics d'afficher le taux de mortalité de chaque hôpital dans le hall d'entrée ! Certaines études ont montré que les domaines qui ne sont pas concernés par les indicateurs sont négligés, et que l'effet obtenu sur les indicateurs est transitoire : l'amélioration dure un moment, puis les résultats retombent¹³.

13. Voir Campbel, S.M & al., "Effects of pay for performance on the quality of primary care in England", *New England Journal of Medicine*, 2009, 361, pp. 368-378

Pour répondre aux exigences budgétaires et contenir la progression des dépenses de santé, la France a adopté le principe de la régulation par le marché en mettant en concurrence les structures de soins. L'expérience internationale montre que la régulation de la santé par les mécanismes du marché entraîne en général des soins plus coûteux, moins accessibles et de moins bonne qualité. A l'inverse, une régulation publique, comme c'est le cas dans les pays nordiques, permet une meilleure maîtrise des dépenses, une meilleure accessibilité et surtout une meilleure qualité des soins. En France, le reste à charge dont doivent s'acquitter les patients (part non prise en charge par la collectivité) est de plus en plus élevé, ce qui entraîne parfois un retard ou un renoncement aux soins. Or les performances d'un système de santé sont directement liées à leur accessibilité. Le prix Nobel d'économie Amartya Sen a comparé les systèmes de santé chinois et indien. Ce sont deux pays émergents où les dépenses de santé augmentent. Mais, dans le cas de l'Inde, où le système est anarchique et l'accès aux soins mal assuré, les performances sont très mauvaises, notamment en matière d'espérance de vie ; dans celui de la Chine, où l'accès aux soins est beaucoup mieux organisé, les performances sont meilleures¹⁴. Aux Etats-Unis, où 15 % des habitants n'ont pas de couverture sociale, l'accès aux soins est très mal organisé et les performances du système de santé sont extrêmement mauvaises, alors même que les dépenses de santé représentent près de 18 % du PIB.

Il faut souligner aussi les dérives constatées dans la coopération entre secteur public et secteur privé. Largement encouragées par la loi HPST, ces coopérations consacrent

14. Sen, A., « Learning from others », *The Lancet*, 2011, 377, pp. 200-201

davantage le mariage entre l'avidité du privé et le corporatisme du public que l'alliance fantasmée entre l'efficacité du premier et l'intérêt général qu'incarnerait le second. Comme la Cour des comptes l'a noté en 2011, les partenariats public-privé dans la construction des hôpitaux s'exercent très largement au bénéfice du privé et au détriment de la collectivité. Le Centre hospitalier Sud-Francilien en fournit un bon exemple : construit sur un partenariat public-privé, il a ouvert avec plus de 8 mois de retard en raison de très nombreuses malfaçons, et ce partenariat a généré un surcoût de plus de 400 millions d'euros pour la collectivité.

Les mêmes remarques s'appliquent à la mise en « concurrence » des soins entre secteur public et secteur privé. Cette concurrence est très largement une fausse concurrence : le privé prend en charge 8 millions de patients par an, assure 60 % des opérations chirurgicales et 20 % des séjours en psychiatrie. Mais il prend en charge les pathologies les moins graves, les moins complexes, les plus rentables, accueille les patients issus des milieux les moins défavorisés. Il n'assure pas généralement la permanence des soins. Les missions et les structures des établissements privés ne sont absolument pas comparables à celles des établissements publics, alors que la politique menée jusqu'à la présidentielle de 2012 a consisté à aligner progressivement les tarifs des deux secteurs.

La marchandisation de la santé, qui se fonde sur une assimilation du patient à un consommateur de soins, est fondamentalement erronée. On ne choisit pas d'être malade : demander des soins n'a rien de comparable avec la décision d'acheter un bien, a fortiori pour les troubles graves nécessitant un traitement dans l'urgence. A quoi il faut ajouter deux autres différences majeures : *l'asymétrie*

d'informations entre le patient et le médecin, ce qui limite la possibilité d'un choix pleinement éclairé de la part du « consommateur » ; et *les dépenses induites* : quand vous allez voir un médecin, il y a certes le prix de la consultation, mais aussi toutes les dépenses qui s'ensuivent : examens complémentaires et procédures thérapeutiques, pour lesquels le patient n'a plus du tout la maîtrise des décisions.

d. Baisse de motivation et difficultés de recrutement.

Plusieurs enquêtes en attestent, la pression exercée sur le personnel hospitalier par la situation actuelle des hôpitaux publics est délétère : importante démotivation, mouvements de colère, augmentation de la souffrance au travail, qui devient une question centrale, augmentation de l'absentéisme et difficultés de recrutement. En septembre 2011, selon la directrice générale de l'Assistance publique, il manquait 850 postes d'infirmières sur 16 000 dans le CHU francilien, ce qui retentit de façon non négligeable sur l'organisation des soins, car, si certains postes ne sont pas pourvus, le fonctionnement des services est fortement perturbé, des lits sont fermés et tous les patients ne peuvent plus être accueillis.

Le corps médical à tendance à quitter l'hôpital : 30 % des postes de praticiens hospitaliers dans l'ensemble des hôpitaux français ne sont pas occupés par des titulaires. Un ensemble de solutions alternatives est mis en place pour faire en sorte que ces postes de praticiens redeviennent attractifs, ce qui n'empêche pas que près de 500 postes soient actuellement vacants.

e. La santé comme secteur productif d'avenir

On oublie souvent d'envisager aussi la santé comme un

secteur productif, qui occupe environ 5 % de la population active et 20 % des effectifs de la fonction publique. Dans certaines communes ou régions, l'hôpital est le premier employeur. On culpabilise patients et soignants pour les dépenses occasionnées par les soins, mais il n'est peut-être pas inutile de rappeler que les dépenses de santé doivent aussi être considérées comme un investissement sur la productivité et le bien-être de la population. Aux Etats-Unis, la santé constitue le deuxième secteur productif après l'énergie, raison pour laquelle ce pays a accepté de laisser filer ses dépenses de santé. C'est aussi un débouché pour les jeunes diplômés : la France manque actuellement de médecins, avec ce paradoxe qu'elle « importe » des praticiens, souvent plus mal formés que ceux qu'elle forme (mais il est vrai aussi souvent moins bien payés...), tout en ayant empêché les jeunes Français d'accéder aux études de médecine en raison d'un numerus clausus très restrictif. A titre de comparaison, l'Allemagne forme trois fois plus de médecins que la France, avec une population supérieure de 25 % seulement.

La santé est un secteur d'avenir en plein développement. Selon certains économistes, les habitants des pays développés sont prêts à consacrer près de 30 % de leur budget à la santé. Il existe des marges de progression car on constate encore de nombreuses inégalités en matière d'utilisation du système de santé. Chez les hommes et dans les classes défavorisées, on se trouve actuellement dans une situation de sous-consommation de soins.

C'est enfin un des secteurs où la France connaît un excédent commercial¹⁵. Cet excédent commercial est en

15. En 2005, son excédent commercial représentait l'équivalent d'un airbus A320 ; en 2009, de 4 airbus A320.

augmentation, car la médecine française jouit d'une bonne réputation et les malades étrangers viennent se faire soigner chez nous, les systèmes de santé des autres pays n'étant pas toujours aussi performants. La France se trouve ainsi rétribuée par les assurances de ces personnes. Malheureusement, si nous continuons à ne pas investir suffisamment dans le secteur de la santé, nous allons être de plus en plus dépendants des progrès technologiques accomplis principalement outre-Atlantique.

CONCLUSIONS

Les faiblesses de notre système de santé sont bien connues mais les décideurs ont bien du mal à les combattre. En premier lieu, il faut déplorer un défaut de communication entre les médecins de ville et les praticiens hospitaliers, le cloisonnement entre la ville et l'hôpital et la mauvaise organisation des parcours de soins. La deuxième faiblesse de notre système de soins repose sur une inflation d'actes et de prescriptions, dont le nombre est nettement plus élevé que dans les autres pays. Cela s'explique surtout par la tarification à l'activité, principe régissant la rémunération de soins dans le secteur privé et désormais adopté par le secteur public. La France présente en outre un développement insuffisant de la chirurgie ambulatoire. En raison d'une mauvaise répartition des praticiens et des infrastructures sur le territoire, les « déserts médicaux » s'étendent. Le pilotage de la politique de santé est centralisé et dirigiste. Les politiques de prévention, d'éducation pour la santé et de santé publique restent les parents pauvres du système de santé français. Des lobbies très puissants s'opposent souvent à l'intérêt général : les industries du tabac, de l'alcool et des produits agro-alimentaires, les technocrates sanitaires, les assurances

privées et les mutuelles, l'industrie pharmaceutique, et enfin, les médecins libéraux et hospitaliers.

On croit beaucoup que la technologie va résoudre bien des problèmes du système de santé (aide au diagnostic par ordinateur, etc.). Il est vrai, par exemple, que les robots constituent un progrès incontestable pour certains actes chirurgicaux. Si le progrès technique, qui est d'ailleurs la première source de la progression des dépenses de santé, est considérable, la valeur humaine des actes médicaux ne sera jamais remplacée par un dispositif mécanique. Il faut dénoncer le développement de la médecine procédurale : le médecin est alors conçu comme un producteur de soins, qui doit suivre des procédures écrites et opposables. Or, dans la vie réelle, un défenseur de la médecine procédurale assistant par exemple à une consultation de psychiatrie ou de médecine générale aurait bien du mal à dire quelles procédures utiliser pour chaque patient. Mettre en place une procédure peut être parfois justifié pour des actes bien codifiés, mais cela ne peut en aucun cas suffire : dans les troubles chroniques, les procédures indiqueront comment adapter les doses des médicaments prescrits ou quels examens sont nécessaires à la surveillance de la maladie, mais le problème principal est celui de l'observance du traitement et des recommandations, ce qui ne se règle pas à coups de procédures mais dans le cadre du colloque singulier et de la relation entre le médecin et le malade. Ce n'est pas l'hôpital qui soigne, et encore moins des procédures : ce sont des femmes et des hommes. Comme le disait un ancien rédacteur en chef du *Lancet* : « Le médecin n'est pas au service de la science, de la race ou de la vie, c'est un individu au service d'un autre individu : le patient. Ses décisions se font toujours sur l'intérêt individuel ».

Esquissons certaines directions pouvant guider l'avenir de l'hôpital public. Il faut commencer par rappeler fermement les valeurs humanistes et hippocratiques de la médecine : elles sont intangibles, elles fondent l'exercice médical depuis plus de 2500 ans et sont la garantie d'une bonne qualité des soins.

Il faut que l'évaluation des activités hospitalières et leur mode de financement soient modifiés et centrés sur le patient dans son parcours de soins, le patient qui est l'unité de base du système de santé. Il faut s'attaquer à la rémunération à l'acte, là où la tendance actuelle est exactement inverse puisqu'on l'a étendue aux hôpitaux publics. Réduire la part de rémunération à l'acte permettrait d'éviter la multiplication des actes inutiles, voire dangereux. Il conviendrait de valoriser l'acte intellectuel et soignant plutôt que l'amortissement des machines : l'exemple de la radiologie est éloquent sur ce point. Les actes des radiologues ne sont pas le plus souvent fondés sur l'interprétation de la radiographie, ni sur la plus-value diagnostique qu'elle va apporter, mais sur l'amortissement des équipements : puisque les machines coûtent cher, la tarification des actes est élevée, ce qui incite à multiplier les actes. Enfin, il est certain que celui qui fait un bon usage des ressources et qui accorde du temps aux patients n'est pas justement récompensé par le système de rémunération actuel. Si vous passez une heure au téléphone avec un patient pour l'informer et le tranquilliser, cela ne rapporte pas un centime à l'hôpital, mais aide considérablement le malade, lui évite peut-être d'aller aux urgences ou de commettre un acte dangereux. Du fait de la contrainte budgétaire pesant sur les hôpitaux et de la pression qui en découle sur les pratiques, le réflexe consistant à se demander si ce qu'on fait est rentable tend

de plus en plus à s'imposer.

Le niveau de dépenses est certes déjà fixé démocratiquement par le Parlement, mais certainement en deçà de ce que souhaiterait la population. Si les enjeux du système de santé étaient clairement exposés à la population, celle-ci jugerait probablement que ces dépenses en valent la peine, et la représentation nationale devrait fixer l'ONDAM en conséquence.

Il conviendrait en outre d'asseoir les ressources du système de santé sur l'ensemble des revenus. En 2007, Philippe Seguin, président de la Cour des comptes, avait calculé que la soumission des stocks options aux cotisations sociales pourrait rapporter plus de 3 milliards d'euros à la Sécurité sociale. Rappelons que les niches sociales représentent actuellement près de 35 milliards d'euros. Il conviendrait de définir un panier de soins. Dans leur rapport de mars 2011, les professeurs Bernard Debré et Philippe Even estimaient à près de 10 milliards d'euros les remboursements par l'assurance maladie de médicaments inefficaces. Nombre de soins remboursés n'ont guère de pertinence (cures thermales pour le diabète, trois séances hebdomadaires de psychanalyse pendant des années, etc.), tandis que d'autres, plus récents et très coûteux, sont remis en cause (traitements de la maladie d'Alzheimer...). La liberté de prescription mériterait sans doute d'être mieux encadrée.

Il serait bon de renforcer la sécurité sociale dans ses missions d'assurance, de contrôle et de sanction. On peut noter, en particulier, que, selon la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques (DREES), le chiffre d'affaires des complémentaires santé en 2010 affichait une progression de 14 %. Cela s'explique en partie par un ratio prestations/cotisations relativement favorable

pour elles, mais défavorable pour leurs adhérents (voir tableau ci-dessous), là où le ratio de l'assurance maladie est d'environ 95 (95 euros reversés pour 100 euros cotisés).

Ratio prestations/ cotisations dans les dispositifs d'assurance maladie complémentaire

Ratio	Contrats individuels	Contrats collectifs
Mutuelles	76	83
Institutions de prévoyance	NS	81
Assurances	64	80

Dress, rapport annuel 2010 sur la situation financière des organismes complémentaires

Enfin, il faut plusieurs patrons à l'hôpital, un directeur administratif, un directeur médical et, dans les CHU, un directeur de l'enseignement et de la recherche. Actuellement, le directeur est uniquement administratif : il n'est pas médecin, n'a aucune compétence médicale et de ce fait souffre d'un manque de légitimité pour exercer son autorité sur les personnels soignants. Un co-pilotage reposant sur un directeur médical ayant une véritable compétence et légitimité en ce domaine, associé à un directeur administratif ayant autorité sur les décisions administratives, assurerait une bien meilleure gouvernance hospitalière. On a aussi montré que quand le directeur administratif avait une formation médicale, les performances des établissements étaient meilleures. Il serait bon enfin de laisser plus d'initiative aux hôpitaux eux-mêmes, aux acteurs de terrain et aux collectivités locales, sans hésiter à favoriser les expérimentations de dispositifs et de fonctionnements alternatifs à ceux mis en œuvre actuellement dans le cadre autoritaire et centralisé de la loi HPST, pour en évaluer les avantages et les inconvénients

avant d'éventuellement les généraliser.

L'heure n'est plus à colmater les brèches de notre système de santé, mais de le transformer à la lumière de son histoire récente et des expériences étrangères.

Retrouvez l'intégralité du débat en vidéo sur www.institutdiderot.fr

Les publications de l'Institut Diderot

Dans la même collection

L'avenir de l'automobile

Louis Schweitzer

Les nanotechnologies & l'avenir de l'homme

Etienne Klein

L'avenir de la croissance

Bernard Stiegler

L'avenir de la régénération cérébrale

Alain Prochiantz

L'avenir de l'Europe

Franck Debié

L'avenir de la cybersécurité

Nicolas Arpagian

L'avenir de la population française

François Héran

L'avenir de la cancérologie

François Goldwasser

L'avenir de la prédiction

Henri Atlan

L'avenir de l'aménagement des territoires

Jérôme Monod

L'avenir de la démocratie

Dominique Schnapper

L'avenir du capitalisme

Bernard Maris

L'avenir de la dépendance

Florence Lustman

L'avenir de l'alimentation

Marion Guillou

L'avenir des humanités

Jean-François Pradeau

L'avenir des villes

Thierry Paquot

L'avenir du droit international

Monique Chemillier-Gendreau

L'avenir de la famille

Boris Cyrulnik

L'avenir du populisme

Dominique Reynié

L'avenir de la puissance chinoise

Jean-Luc Domenach

L'avenir de l'économie sociale

Jean-Claude Seys

L'avenir de la vie privée dans la société numérique

Alex Türk

Les Notes de l'Institut Diderot

L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert

Emmanuel Halais

Le futur de la procréation

Pascal Nouvel

La République à l'épreuve du communautarisme

Eric Keslassy

Proposition pour la Chine

Pierre-Louis Ménard

L'habitat en utopie

Thierry Paquot

Les Dîners de l'Institut Diderot

La Prospective, de demain à aujourd'hui

Nathalie Kosciusko-Morizet

Politique de santé : répondre aux défis de demain

Claude Evin

La réforme de la santé aux Etats-Unis : quels enseignements pour l'assurance maladie française ?

Victor Rodwin

Les Entretiens de l'Institut Diderot

L'avenir du progrès (actes des Entretiens 2011)

L'avenir de l'hôpital public

Bernard Granger a beaucoup ferraillé contre la loi HPST qui a profondément modifié le statut et la gestion de l'hôpital public. Le présent texte porte la marque des tensions dont ces débats ont témoigné et tente de tracer de nouvelles perspectives d'avenir. La question du mode de financement apparaît comme fondamentale ainsi que celle de l'organisation des pouvoirs et de ce qu'on a pu appeler l'« invasion des managers » dans la gestion hospitalière. Le co-fondateur du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public regrette que, paradoxalement, il s'ensuive une dégradation sensible des finances hospitalières, un manque criant d'investissements ainsi qu'un culte excessif d'indicateurs chiffrés souvent absurdes.

Dénonçant la rémunération à l'acte et la multiplication en conséquence des actes inutiles, Bernard Granger demande que la réflexion se porte à nouveau sur le temps que le praticien peut consacrer au patient dans son parcours de soin. Dénonçant l'idée de Nicolas Sarkozy qu'il ne faut qu'un seul patron à l'hôpital, le praticien suggère une direction partagée entre administrateur initié aux réalités médicales et un médecin initié à celles de l'administration ; ce qui demanderait une réforme très ambitieuse de la formation des uns et des autres.

Pr. Dominique Lecourt

Directeur général de l'Institut Diderot



Bernard Granger est Professeur à l'Université Paris Descartes, responsable de l'unité de psychiatrie de l'Hôpital Tarnier (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) et co-fondateur du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public (MDHP)

Bernard Granger

La présente publication ne peut être vendue

