

BILAN DE SANTÉ DU QUINQUENAT : MA SANTÉ 2022 EST-ELLE AU RENDEZ-VOUS ?

Crise de l'hôpital public ou crise du système de soins ?

Roland Cash*

Résumé

Les symptômes d'une crise de l'hôpital public sont nombreux (fermetures subies de lits, postes vacants, démissions, déficits...) et, s'ils ne datent pas de la crise sanitaire, celle-ci a encore aggravé la situation, malgré les mesures du Ségur de la santé.

Nous discutons les difficultés liées aux trois niveaux du dispositif d'allocation des ressources : l'Ondam et les mécanismes macro-économiques gérés au plan national ; les mécanismes de répartition des ressources entre établissements, à commencer par la tarification à l'activité ; la répartition interne des budgets hospitaliers entre les services qui relèvent de l'administration hospitalière et sa gouvernance.

Même si certaines solutions peuvent résider dans l'organisation hospitalière (gestion des ressources humaines ; poursuite de l'évolution vers l'hospitalisation de jour ; travail sur les organisations et procédures), l'essentiel des actions à mener semble se situer en dehors de l'hôpital, *via* une refonte du cadre de fonctionnement des établissements (simplification administrative, diminution du nombre de couches décisionnelles, autonomie plus grande dans la façon d'organiser les unités de soins et la politique de coopération), et une meilleure structuration des soins de proximité, avec renforcement de la coordination ville-hôpital.

Mots-clés : hôpital, Ondam, tarification à l'activité, gouvernance.

Les symptômes d'une crise de l'hôpital public sont nombreux et, s'ils ne datent pas de la crise sanitaire, celle-ci n'a bien sûr rien arrangé : fermetures subies de lits, postes vacants, explosion de l'intérim, absentéisme, démissions, soignants en « burn-out », gel des rémunérations, engorgement croissant des services d'accueil des urgences, fonctionnement « en mode dégradé » de ces services dans certains sites, déficits chroniques, etc. Tous ces facteurs sont intriqués, dans un contexte où la demande augmente du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de malades atteints de maladies chroniques, et où la démographie médicale connaît un « creux » conjoncturel lié aux politiques passées sur le *numerus clausus* sans résolution du problème de l'inégalité de répartition des professionnels sur le territoire national.

Ces différents éléments ont conduit à des mouvements sociaux en 2018 et 2019, et à la décision gouvernementale de prendre en compte certains de ces arguments dans le pacte de refondation des urgences (septembre 2019 : 750 millions sur trois ans), et le plan « Investir pour l'hôpital » (novembre 2019), avec des mesures en faveur des personnels, de l'attractivité des

hôpitaux dans les territoires en tension, une refonte de la gouvernance, et des moyens supplémentaires : 1,5 milliards d'euros sur trois ans pour financer les différentes mesures, 150 millions par an au titre de la relance de l'investissement courant, et une reprise de 10 milliards d'euros de dettes. La crise sanitaire a percuté l'application de ces plans, qui ont été intégrés dans la grande négociation du Ségur de la santé, lequel a abouti en juillet 2020 à des revalorisations significatives des salaires des personnels hospitaliers (8 milliards d'euros) et de nombreuses mesures sur l'investissement, à hauteur de 19 milliards d'euros (dont la reprise d'une partie de la dette, déjà prévue en novembre 2019).

Cette réponse des pouvoirs publics, jugée par de nombreux acteurs hospitaliers comme insuffisante, n'est donc pas nulle. Ces mesures sont-elles à même d'apporter des solutions sur le fond ? Ce n'est pas certain. Mais alors quelle est la nature de cette crise que des milliards d'euros supplémentaires n'arrivent pas à résoudre ? Que faudrait-il faire ?

Après avoir analysé quelques symptômes de la crise, nous discuterons les difficultés liées aux trois niveaux du dispositif d'allocation de ressources aux hôpitaux :

- l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et les mécanismes macro-économiques gérés par le gouvernement et le Parlement qui déterminent les ressources mises à disposition du système de santé et les « économies » demandées aux acteurs de soins pour faire correspondre ces ressources, les moyens de production et la réponse à la demande de soins ;
- les mécanismes de financement, à commencer par la tarification à l'activité (T2A), comprenant aussi un certain nombre de dotations, qui constituent des méthodes de répartition de l'Ondam hospitalier entre établissements, l'enjeu étant de la rendre équitable ;
- la répartition interne des budgets hospitaliers entre les services et les ajustements à effectuer en fonction des évolutions d'activité, qui relèvent de l'administration hospitalière et sa gouvernance.

LES SYMPTÔMES DE LA CRISE

Un mouvement social est difficile à interpréter, ses déterminants sont toujours complexes ; s'y mêlent des aspects conjoncturels et des problèmes plus profonds. En outre, les situations sont très diversifiées selon les établissements, les territoires, les caractéristiques de l'offre de soins, etc., rendant difficile l'établissement d'un diagnostic global. Il faut tenter d'analyser l'ensemble des symptômes pour établir l'ampleur et la gravité de cette crise. Nous ne pouvons pas ici être exhaustifs ; aussi avons-nous choisi d'analyser plus particulièrement les problèmes de capacités en lits et les difficultés liées aux postes médicaux vacants. Il serait nécessaire d'approfondir aussi les questions

de condition de travail et de qualité de vie au travail ; sur ces thèmes, nous renvoyons le lecteur aux publications de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [1, 2].

L'évolution des capacités hospitalières pose-t-elle problème ?

Sur une longue période, les capacités en hospitalisation complète diminuent, du fait des raccourcissements importants des durées de séjour et du développement des prises en charge en hospitalisation de jour (sauf dans certaines unités : +1,2 % en réanimation entre 2013 et 2019, +10,2 % en soins intensifs, +8,2 % en surveillance continue [3]). Entre 2008 et 2019, le nombre de lits dédiés aux activités de court séjour a diminué de 24 000, pour atteindre 202 000 lits en 2019, tous secteurs confondus [4]. Dans le secteur hospitalier public, la baisse est de 8 %. À l'inverse, le nombre de places en hospitalisation de jour a fortement augmenté, passant de 23 000 en 2008 à 34 000 en 2019, tous secteurs confondus (dont 17 300 places dans les hôpitaux publics).

Ces phénomènes ne sont pas en eux-mêmes préoccupants, ils sont plutôt l'indication d'une adaptabilité des structures hospitalières à l'évolution des pratiques et des attentes des patients.

Mais il y a deux autres facteurs qui viennent s'ajouter à ces évolutions structurelles et qui, quant à eux, mettent en grande difficulté les acteurs hospitaliers : l'insuffisance de lits de médecine en aval des urgences ; les fermetures de lits subies du fait de l'absence des personnels nécessaires, au moins à certaines périodes.

– Les urgences sont une activité de flux ; des patients arrivent et doivent repartir dès que leur problème a été pris en compte, soit chez eux (le plus fréquemment), soit dans un lit hospitalier si leur état de santé le nécessite. Les lits d'hospitalisation de courte durée dans les locaux des urgences font « tampon », mais ce n'est souvent pas suffisant. De nombreux établissements ont mis en place des unités de médecine « post-urgence » pour régler un problème médical en 24-48 h, avec une organisation stricte et un accès immédiat à l'imagerie. Mais il faut disposer en sus de lits pour les personnes (souvent âgées) demandant un temps d'hospitalisation plus long. Faute de quoi il y a un goulot d'étranglement et une accumulation de patients couchés dans des brancards dans les couloirs des urgences ou même, ce qui se voit maintenant, en 2022, dans des tentes montées temporairement à proximité. Le « manque de lits » dont se font l'écho les acteurs hospitaliers correspond la plupart du temps à ce problème, qui grippe l'organisation hospitalière. Il est loin d'être nouveau mais s'aggrave avec le vieillissement de la population, et prend dans certains territoires une tournure aiguë quand se surajoutent des pénuries de personnels.

– Les fermetures de lits durant l’été sont traditionnelles ; les personnels prennent leurs congés, tout comme les patients, et pendant longtemps cela n’a pas posé de grandes difficultés ; dans les régions à flux positifs de touristes, les hôpitaux prenaient les mesures adaptées à cette saisonnalité. Mais depuis quelques années, et *a fortiori* pendant la crise sanitaire, les cas de fermetures subies se sont multipliés sans qu’on puisse aisément en avoir une photographie complète, des enquêtes ponctuelles contradictoires ayant jeté une certaine confusion et les situations étant variables selon les territoires.

Ces situations engagent l’établissement dans un cercle vicieux : ces fermetures ne permettent plus de répondre correctement aux demandes d’hospitalisation, les urgences ne savent plus où placer les patients, les personnels sont en « burn-out », s’absentent ou démissionnent, ce qui aggrave la situation, etc.

Postes médicaux vacants et montée en puissance de l’intérim

Il est difficile de déterminer le nombre de postes médicaux réellement vacants. Des données sont fournies sur le nombre de postes occupés par des médecins titulaires (et alors il est constaté que plus du quart des postes sont théoriquement vacants), mais de nombreux postes sont occupés par des contractuels ou des médecins à diplôme étranger.

Dans un rapport rendu en 2013, Olivier Véran – à l’époque député – avait estimé que l’intérim était le mode d’exercice de 6 000 médecins, pour un surcoût évalué à 500 millions d’euros pour l’hôpital public [5]. Tout laisse penser que ces nombres n’ont fait que croître, malgré les tentatives gouvernementales de plafonner les rémunérations¹.

La Cour des comptes s’est penchée à plusieurs reprises sur ce problème. Elle indique que le CHRU de Brest, hôpital qui dépense le plus en intérim médical, a vu ses coûts d’intérim passer de 1,7 million d’euros en 2015 à 6,5 millions d’euros en 2018. Toutefois, en part relative, les CHU sont moins touchés que les petits centres hospitaliers (CH) en zone rurale ou semi-rurale. Ainsi, au CH de Parthenay, le coût annuel de l’intérim a plus que doublé en quatre ans pour atteindre 2,5 millions d’euros en 2018 ; cela revient à rémunérer 20 médecins à temps plein alors qu’en pratique seuls 6 travaillent.

Outre son coût, le recours à l’intérim médical a l’inconvénient de dégrader le travail d’équipe, de gêner les communications d’informations, les intérimaires connaissant mal les procédures en vigueur dans l’établissement. La Cour évoque aussi des conséquences sur la qualité des prises en charge, la probabilité de survenue d’événements indésirables graves étant plus forte.

1. Le principe du plafond est inscrit dans la loi depuis 2016 (le décret ayant été publié en novembre 2017). Après une phase de diminution progressive, le plafond est de 1 170 euros brut pour 24 heures de travail depuis 2020.

Les besoins en postes médicaux se concentrent dans certaines disciplines : radiologie, anesthésie, gynéco-obstétrique, urgences, gériatrie, pédiatrie... Pour les deux premières spécialités, on peut mettre en avant le différentiel important de rémunération entre public et privé, rendant les postes publics peu attractifs, mais l'argument n'est pas valable pour les dernières, surtout que les cliniques privées rencontrent aussi des difficultés de recrutement.

Pour les urgences, le problème est particulièrement aigu puisqu'il s'agit de couvrir l'intégralité des 24 heures tous les jours, demandant de l'ordre de 7 équivalents temps plein pour l'occupation d'un poste de travail médical. Un service d'urgences ayant une activité moyenne doit de fait avoir un effectif de 10 à 12 médecins puisqu'en journée l'activité est plus forte. Or certains sites ont moins de la moitié de cet effectif en urgentistes titulaires, le reste devant être rempli par des contractuels et des intérimaires, rendant plus que fragile la continuité des soins et donnant aux médecins intérimaires un pouvoir de négociation dont ils usent (et abusent). On annonce des « tarifs » de plus de 2 000 euros net, parfois, pour une garde de 24 heures. La continuité du service public, dans certains territoires, est à ce prix.

La loi Rist du 26 avril 2021 avait inscrit des mesures fortes, donnant au comptable public la possibilité (et même l'obligation) de procéder à un rejet du paiement des rémunérations si elles ne respectaient pas la réglementation², mais les hospitaliers ont fait valoir qu'une telle application allait priver nombre d'établissements de temps médical indispensable et donc conduire à des fermetures de sites. Le report a été acté le 21 octobre 2021 (par un communiqué de presse, évoquant une « application progressive », ce qui est douteux pour modifier une loi). Le problème n'est donc pas résolu, et il est à craindre qu'aucune mesure de renforcement d'attractivité des postes et des carrières à l'hôpital public, dans le cadre contraint d'une grille unique pour toutes les spécialités médicales, ne soit suffisante pour résoudre ce dilemme.

Une des conséquences est que certains sites d'urgences ne peuvent plus fonctionner « H24 » toute l'année. Dans des villes pourtant pivots comme Bourges ou Laval, on doit faire face à certains moments à des fermetures de l'accueil des urgences ou du SMUR, en raison de l'insuffisance de l'effectif de médecins. Dans ces zones, la démographie médicale en ville est également faible, si bien qu'il n'y a pas de solution immédiate pour les patients. Il faut alors les rediriger vers d'autres établissements du secteur, éventuellement les CHU, eux-mêmes surchargés.

2. Dont les plafonds de rémunération et l'interdiction pour un praticien hospitalier à temps plein de travailler ailleurs...

LES DÉTERMINANTS DE LA CRISE

L'Ondam : objectif ou outil de rationnement ?

L'Ondam est en principe un objectif. Son respect absolu à l'euro près n'est pas obligatoire et d'ailleurs, entre 1998 et 2009, il n'a pas été respecté. Ce n'était certes pas le signe d'une grande rigueur, mais du coup, pour rompre cette tendance et répondre aux conséquences de la crise financière de 2008-2009, une politique plus stricte a été engagée, suivant les recommandations du rapport piloté par Raoul Briet [6]. Ont notamment été mises en place une procédure d'alerte infra-annuelle (avec obligation de prendre des mesures correctrices si le comité d'alerte le juge nécessaire) et des provisions prélevées en début d'année sur certaines dotations des établissements de santé, reversées en cours d'année si la trajectoire des dépenses s'avérait conforme à la prévision (en pratique, il est cependant arrivé que ces réserves n'aient pas été rendues en totalité même en cas de bonne tenue de l'Ondam hospitalier). Le mécanisme de provision a été renforcé par la suite pour toucher aussi les tarifs hospitaliers *via* un coefficient prudentiel de minoration, ce qui mettait à mal la visibilité des acteurs hospitaliers sur leurs recettes annuelles. Ce mécanisme avait en outre l'inconvénient d'afficher une situation inéquitable, le secteur hospitalier subissant presque seul l'effort de régulation.

Parallèlement, à la suite du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales-Inspection générale des finances (Igas-IGF) sur l'Ondam [7], des « plans Ondam » triennaux ont été élaborés, comprenant une liste de mesures sectorielles visant à atteindre un certain montant d'économies. En réalité, ce plan triennal agrégeait pour l'essentiel des mesures déjà présentes dans les plans de gestion du risque de l'assurance maladie : actions sur la pertinence, maîtrise dite « médicalisée » de certains actes et prescriptions, baisses de prix, transformation de l'offre de soins avec accélération du « virage ambulatoire », etc. La nouveauté résidait surtout dans la systématisation du calcul d'un tendancier et de la déduction en conséquence du montant d'économies qu'il fallait obtenir pour respecter le taux de l'Ondam (inférieur au taux du tendancier).

Ces mécanismes de « maîtrise médicalisée » ne sont pas injustifiés, mais le problème était que cet Ondam a été (on peut l'affirmer maintenant) fixé à un niveau trop faible, à structure inchangée du tissu hospitalier. Sur la période 2010-2019, son taux d'évolution a été en moyenne de 2,3 % par an, soit un taux inférieur au taux moyen voté dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale (2,45 %). Si on réintègre *a posteriori* les mesures prises pour faire face à la crise hospitalière en 2019 et 2020, le taux reconstitué atteint 2,8 % par an en moyenne, « ce qui conduit à relativiser le respect de l'Ondam sur la période. Alternier une longue période de fortes contraintes budgétaires et un

afflux massif de crédits est déstabilisant pour les acteurs et ne permet pas une allocation optimale des ressources » [8].

L'une des conséquences importantes a été le gel de l'indice dans la fonction publique hospitalière et des rémunérations faiblement évolutives. Pour les salariés présents toute l'année chez le même employeur avec la même quotité de travail, soit deux tiers des agents, le salaire net moyen a été stable en 2018 et a augmenté de 0,4 % en 2019, en euros constants [9].

Une autre conséquence a été de maintenir durablement les hôpitaux en déficit, avec un creux de 740 millions d'euros en 2017, le solde le plus dégradé pour l'ensemble des établissements publics depuis 2002 [4]. En 2018 et 2019, le résultat net s'est légèrement amélioré, à -570 millions d'euros. Ces déficits sont assez concentrés : 58 % d'établissements sont dans le rouge en 2019, la moitié du déficit cumulé étant imputable à 43 établissements. Il faut également rappeler que l'essentiel de ce déficit est lié au résultat financier, en déséquilibre structurel en raison du paiement des intérêts d'emprunts pour financer les investissements. L'encours de la dette était de l'ordre de 30 milliards d'euros en 2018 et 2019.

Une autre conséquence préoccupante est la diminution régulière du taux d'investissement : celui-ci, exprimé en pourcentage des recettes, est passé de 10 % en 2009 à 4,6 % en 2018 pour remonter légèrement en 2019, à 4,7 %.

De fait, les très fortes tensions à l'hôpital ont montré que le schéma d'un Ondam évoluant trop faiblement par rapport aux possibilités de gains d'efficacité n'était pas tenable à long terme [10], et obligeait à réabonder périodiquement le financement des hôpitaux pour revaloriser les salaires et relancer l'investissement.

Malheureusement, on peut craindre, au regard des dépenses engagées lors de la crise sanitaire en 2020-2022 (non financées), que l'Ondam évolue encore très faiblement dans les prochaines années.

La T2A est devenue à tort l'emblème des problèmes rencontrés

La T2A n'est pas un outil de rationnement mais de répartition de l'Ondam hospitalier dans les secteurs où elle s'applique. Ce n'est pas elle qui induit une pression sur les salaires ou qui multiplie les postes vacants. Les « responsables » sont, d'une part, l'évolution de l'Ondam, et, d'autre part, une gestion imparfaite des ressources humaines en santé.

Par contre, la T2A produit certaines incitations, comme tout mode de financement. Le prix de journée ou une tarification à l'acte incite les acteurs à réaliser de nombreuses journées et de nombreux actes, ce qui peut être intéressant en cas de files d'attente, mais est potentiellement inflationniste avec un risque de taux élevé de journées et d'actes non pertinents. Le budget global, en vigueur dans les hôpitaux publics avant la T2A, avait plutôt

l'effet inverse : moins l'hôpital avait d'activité, mieux il se portait dans son budget fixé en début d'année ; en revanche, les établissements qui avaient une activité en augmentation en raison d'une demande de soins dynamique se trouvaient étreints dans leur budget. La T2A devait résoudre ces difficultés avec des forfaits par séjour, donc n'induisant pas la prolongation des séjours ni la multiplication des actes (contrairement à ce qu'on entend parfois), tout en améliorant l'équité d'allocation de ressources entre établissements (ce qui était loin d'être le cas en dotation globale) et l'efficacité (efficacité productive). En effet, l'établissement facture un forfait pour l'ensemble d'un séjour pour une situation médicale donnée, donc son intérêt est de réaliser la prise en charge dans le minimum de temps, sans actes inutiles. La T2A est intrinsèquement, à cet égard, un outil favorisant la pertinence des soins. Cependant, la qualité des soins peut s'en trouver amoindrie si l'établissement omet de réaliser des actes nécessaires, le forfait restant identique. Dans ce système, il y a une incitation à multiplier le nombre de séjours, mais comme il s'agit d'un paramètre sur lequel les acteurs hospitaliers ont en fin de compte une marge de manœuvre limitée, malgré les discours sur la « course à l'activité », cela n'a pas été le cas (il y a eu par contre une « optimisation » du codage [11]).

Globalement, dans les hôpitaux publics, en court séjour, le nombre de séjours (hors séances) a augmenté en moyenne de 1,3 % par an entre 2011 et 2019, ce qui est proche de la tendance de long terme et proche de ce qu'on attend du pur effet démographique (évolution de la population et vieillissement). La T2A peut aussi, en théorie, inciter les établissements à privilégier les secteurs « rentables » ; mais en pratique, les établissements sont rarement en mesure de déterminer quels séjours sont rentables ou non avant d'accueillir un patient, faute de disposer d'un outillage suffisamment précis pour évaluer ces éléments. Le fait que les cliniques privées se spécialisent dans certains segments d'activité n'est pas lié à un calcul né de la T2A, c'était le cas déjà bien avant les années 2000³.

Enfin, il était attendu de la T2A un renforcement des efforts des établissements sur la gestion et l'organisation des soins afin d'éviter des prolongations de séjours inutiles, de coordonner les soins en amont et en aval de l'hospitalisation, de procéder aux actions favorisant l'efficacité : rationalisation des achats, gestion des temps de travail en phase avec l'activité, suivi des coûts, etc.

3. Cette spécialisation porte surtout sur les segments où les médecins et chirurgiens libéraux peuvent obtenir des honoraires conséquents, donc en chirurgie et dans les activités interventionnelles.

Beaucoup de tableaux de bord ont été construits, le contrôle de gestion et la contractualisation interne se sont développés, mais « on constate que très peu d'avancées sont faites quant à l'analyse fine des parcours des malades, de l'organisation du travail des professionnels, des processus de soins, malgré la conviction des acteurs (et des chercheurs) que c'est à ce niveau que se situent les enjeux les plus importants en termes de performance » [12]. C'est aussi le niveau le plus complexe, tant les acteurs sont nombreux et les types de parcours multiples. Ceci étant, les personnels ont bien perçu les appels à l'efficacité, et ces appels se sont fait si pressants qu'ils en sont parfois devenus insupportables, considérés comme opposés à leur vision du soin. D'où un rejet partiel de la réforme et du « stress gestionnaire » généré.

En outre, d'autres problèmes sont à mentionner : complexité des mécanismes tarifaires, rendant l'ensemble peu lisible, surtout que les tarifs et les règles changent chaque année (souvent après que l'année budgétaire a débuté) ; mauvaise concordance entre l'échelle des tarifs et l'échelle des coûts redressés.

Face à tous ces défis, des réformes du système d'allocation de ressources sont engagées. La principale piste explorée par les pouvoirs publics réside dans le calcul d'une dotation populationnelle en fonction de critères démographiques et d'offre de soins ; une telle dotation a été mise en place pour les urgences, doit l'être pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation, est expérimentée en médecine. Il y a deux étages : la répartition par région sur la base de critères pertinents, et la répartition entre établissements sous l'égide de l'agence régionale de santé (ARS) et d'un comité consultatif d'allocation des ressources, multi-partenarial, prenant en compte un certain nombre de critères définis au niveau régional. Il est probable que les décisions régionales soient assez conservatrices pour ne pas déstabiliser les budgets des établissements. L'important est en tout état de cause de ne pas fonder cette dotation sur des éléments d'activité.

Au demeurant, rappelons que la T2A n'a jamais constitué la totalité des budgets hospitaliers : elle en représente entre 60 et 65 % [13]. L'avenir dira si les acteurs hospitaliers trouvent davantage de sérénité avec cette nouvelle manière de procéder ; ces réformes vont modifier quelque peu les incitatifs, peut-être répartir différemment les montants entre établissements, mais si, *in fine*, l'Ondam continue à évoluer moins vite que les charges, le problème subsistera. Les projets de réforme tarifaire n'apportent pas de recettes nouvelles par eux-mêmes.

Une autre disposition tarifaire a vu le jour ces dernières années, le paiement à la qualité. Il intervient marginalement sur les budgets mais a dans son principe beaucoup d'impact, le système assumant qu'une partie du budget est assise sur une grille d'indicateurs de qualité [14].

Les questions de gouvernance sont marquées par des réformes multiples

La répartition du budget de l'établissement entre les services et les unités relève d'une autre logique que la simple affectation des recettes liées à l'activité, d'abord parce que l'échelle de tarifs, comme il a été dit plus haut, ne correspond pas à l'échelle des coûts [15], certaines activités, comme la gynéco-obstétrique, étant défavorisées (pour des raisons mal élucidées), ensuite parce que les objectifs d'un établissement sont plurifactoriels, et ne se contentent pas d'appliquer une logique tarifaire. C'est le domaine de la stratégie médicale de l'établissement. Une activité en développement peut demander des investissements spécifiques ; une activité en diminution peut demander d'être supportée malgré tout en raison des caractéristiques de l'offre de soins du territoire, etc. Ces questions doivent être traitées par la direction et les instances médicales et professionnelles de l'établissement.

Une difficulté est que cette gouvernance fait l'objet de réformes à intervalles réguliers, sans toujours donner le temps à chaque réforme de se déployer et de produire ses effets. En résultent désorganisations et démotivations.

Dans les années 2000, les pôles ont été généralisés, répondant à une logique de mutualisation des moyens et de simplification. Il s'agissait de lutter contre les cloisonnements et le fonctionnement « en silo ». Un arsenal réglementaire, contractuel et managérial impressionnant a été mis en place : contrats de pôles, définition de règles pour la nomination des chefs de pôle, formation de ces chefs de pôle, promotion d'un trinôme médecin/soignant/administratif pour faire fonctionner le pôle, incitations à la délégation de tâches et de budget, etc. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont venus renforcer ce dispositif, en promouvant les pôles inter-établissements. Mais, en pratique, les services ont été maintenus, les pôles devenant une fédération de services. Et voilà que le Ségur de la santé est venu réhabiliter les services. La loi du 26 avril 2021 (dite Rist) visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, en opposition à la loi du 21 juillet 2009 (dite HPST pour Hôpital, patients, santé et territoires), remet le service et le chef de service au cœur de l'hôpital⁴. Les pôles ne sont pas supprimés pour autant, si bien que la simplification conduit à avoir deux niveaux de décision médicale.

Pourtant, il est possible de faire vivre les pôles comme a pu le montrer le CH de Valenciennes, avec un dispositif de délégation quasi exhaustif aux pôles. Cette gouvernance fortement décentralisée et médicalisée s'est avérée un facteur à la fois d'efficacité et d'attractivité [16].

4. Il devient « l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail » (article 22).

Ceci étant, et c'est un peu contradictoire, la même loi Rist indique que l'établissement, par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement (CME), a la liberté d'organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance, si bien qu'on ne voit pas bien pourquoi il était nécessaire de remettre les services au cœur de l'organisation puisque celle-ci est laissée à la libre appréciation des acteurs de l'établissement. Parallèlement, l'équilibre des pouvoirs, penchant en faveur du directeur dans la loi HPST, est « rééquilibré » en faisant du président de la CME davantage un codécideur sur les points stratégiques.

Les mêmes hésitations ont porté sur la mise en place, l'organisation et les missions des GHT, entités sans personnalité juridique qui regroupent les établissements publics de santé sur un territoire pour accélérer leur coopération. L'évaluation réalisée récemment dans un rapport parlementaire [17] montre que cette couche supplémentaire s'est avérée coûteuse (estimation de 140 millions d'euros pour rédiger les projets médicaux et projets de soins partagés), et que « *les résultats obtenus peinent à être à la mesure des efforts fournis* » ! Des actions de coopération intéressantes sont cependant notées, mais fallait-il cette lourdeur administrative pour cela ?

Tout ceci laisse une impression de valse-hésitation dommageable pour le fonctionnement hospitalier. Mieux vaudrait poursuivre dans la voie en partie engagée par la loi Rist et libérer les marges de manœuvre des établissements. Il serait temps, en vertu des enseignements de la crise sanitaire, de donner davantage d'autonomie aux établissements, dans leur façon d'organiser les unités de soins comme dans leur politique de coopération, tout en simplifiant drastiquement les procédures auxquelles ils sont soumis. Les injonctions contradictoires sont à l'heure actuelle trop nombreuses. Le temps est passé du « grand planificateur » qui sait tout ce qui est bien pour chaque structure de soins. Cela n'a jamais été pertinent, et l'est encore moins aujourd'hui.

PERSPECTIVES : COMMENT EN SORTIR ?

L'équation à résoudre est complexe : une demande de soins en hausse, des dépenses contraintes, une organisation des soins en retard sur les modalités de la demande (coordination insuffisante, besoin de gérer des parcours de soins complexes, de faciliter le maintien à domicile...), des ressources humaines mal réparties sur le territoire (dans le secteur hospitalier comme en ville). La grande difficulté est d'avoir à investir dans une nouvelle structuration des soins et des parcours, en mettant l'accent sur les soins de proximité, alors qu'à court terme la réalité budgétaire freine ce type de stratégie de rupture.

Au sein de l'hôpital, il reste des marges d'efficience dans le développement encore possible de l'ambulatoire, en chirurgie comme en médecine. Une simulation à cinq ans indique que, pour une cible de 55 % de chirurgie

ambulatoire et de 40 % de médecine de jour, en maintenant l'évolution observée du nombre total de séjours, à prix constants, on enregistrerait un gain net de 1,1 milliard d'euros, soit 4 % du volume économique total de 2019, hors séances [18]. Ces marges sont donc significatives mais modérées.

Il ne doit plus rester, par ailleurs, beaucoup de marge sur les achats, que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) demande chaque année d'optimiser, depuis près de vingt ans. Il y a en revanche des gains à attendre d'une réduction massive des contraintes administratives diverses, et pas toujours très utiles, qui mobilisent du temps d'un grand nombre de personnels.

Enfin, soulignons que la crise actuelle est avant tout une crise des ressources humaines, dont l'origine peut être située dès la mise en place des 35 heures au début des années 2000, et que sa résolution, qui ne pourra être que longue, demande de faire appel à tous les outils : non seulement revalorisation des salaires et octroi de primes pour les postes de travail les plus pénibles, mais aussi formations, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, amélioration des conditions de travail et de qualité de vie au travail (ce qui suppose aussi un travail sur les organisations pour éviter les pertes de temps dans les transmissions d'information, les prises de rendez-vous, etc.), constitution d'équipes de territoire pour renforcer la solidarité entre établissements, etc.

Mais l'essentiel des solutions se situe en dehors de l'hôpital. Depuis des décennies, l'hôpital est le déversoir de tous les dysfonctionnements d'amont : insuffisance de la prévention et de l'éducation à la santé, soins primaires insuffisamment organisés, absence de coordination des parcours, etc. Il convient de faire porter les efforts prioritairement sur ces facteurs. Le plan « Ma santé 2022 » prévoyait un certain nombre de mesures structurelles avec notamment le développement et le renforcement des hôpitaux de proximité, la clarification de la gradation des soins.

L'urgence est là, dans une structuration des soins de proximité associant les structures libérales d'exercice collectif pluriprofessionnel, les soins à domicile, les hôpitaux de proximité, afin de pouvoir prendre en charge de manière intégrée le maximum de situations médicales en amont de l'hôpital doté du plateau technique : séances et hospitalisations à domicile, soins non programmés, prise en charge coordonnée des maladies chroniques permettant de diminuer le nombre des hospitalisations potentiellement évitables. Ce type d'organisation ne se conçoit qu'adapté à chaque territoire, en mobilisant les outils numériques.

CONCLUSION

Face à la crise actuelle et aux difficultés budgétaires de l'Assurance maladie, aucune solution simple n'existe. Il s'agit d'engager de multiples actions concourant à une vision rénovée du système de soins et de la place de

l'hôpital dans ce système. Inutile de dire que la tâche s'avère difficile pour construire sur le long terme un système équilibré en tâchant de répondre en même temps aux difficultés conjoncturelles.

* **Roland Cash est médecin, normalien, consultant en économie de la santé (société Les Asclépiades), expert auprès du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).**

RÉFÉRENCES

1. Barlet M, Marbot C (dir). Les conditions de travail à l'hôpital. In : Portrait des professionnels de santé . Drees, coll. Panoramas, édition 2016.
2. Pisarik J. L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs. Drees, Études et résultats, 2021, n° 1215.
3. Boisguérin B, Delaporte A et al. En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression. Drees, Études et résultats, 2020, n° 1164.
4. Drees, Les établissements de santé, coll. Panoramas, édition 2021.
5. Véran O. Rapport sur le marché de l'emploi médical temporaire, 2013.
6. Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, présidé par Raoul Briet, avril 2010.
7. Propositions pour la maîtrise de l'Ondam 2013-2017, Igas-IGF, juin 2012.
8. Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé, juin 2021.
9. Dixte C, Bour R. En 2019, le salaire net moyen dans la fonction publique hospitalière diminue de 0,8 % en euros constants. Drees, Études et résultats, 2021, n° 1205.
10. Bras PL. L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009. Les Tribunes de la santé, 2019;59:109-117.
11. Milcent C. From downcoding to upcoding: DRG based payment in hospitals. International Journal of Health Economics and Management, 2021;21(1):1-26.
12. Moisdon JC. L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. Revue française des affaires sociales, 2010;1:213-226.
13. Aubert JM. Modes de financement et de régulation. Rapport final, 2019.
14. Incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq), ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq>
15. Bras PL, Vieilleribiere JL, Lesteven P. Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Igas, mars 2012.
16. Lemaire A, Gritton AC, Bourret R. Délégation polaire et gestion médicalisée. Sources d'attractivité médicale. Revue hospitalière de France, 2017;578:60-64.
17. Delatte M, Dharréville P. 21 propositions pour les GHY : rapport d'information en conclusion des travaux de la MECSS, décembre 2021.
18. Cash R. L'articulation entre la ville et l'hôpital : problématiques, enjeux et perspectives. In : Barnay T, Samson AL, Ventelou B (coord). Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis, ouvrage collectif du Collège des économistes de santé, Ed. Eska, 2021.