

Séance du 16 octobre 2023

Le malaise hospitalier

Max PONSEILLÉ

Académie des Sciences et des Lettres de Montpellier

MOTS-CLÉS

Hôpital post Covid, malaise hospitalier, hôpital public, clinique privée, tarification à l'activité, numerus clausus, planification hospitalière.

RÉSUMÉ

La pandémie a lourdement impacté le système hospitalier. La presse, les syndicats, les politiques et les acteurs ont dénoncé des dysfonctionnements dans la prise en charge hospitalière. Ces mécontentements qui préexistaient ont été exacerbés par la défection de nombreux soignants épuisés par la crise sanitaire.

Un malaise équivalent existe dans les pays de l'Union Européenne. Malgré ce ressenti négatif, les sondages auprès des patients montrent un taux de confiance élevé dans l'hôpital.

Les causes sont la complexité de l'organisation hospitalière, une planification rigoureuse, un numerus clausus impactant la démographie hospitalière.

La mise en place des 35 heures, le niveau des salaires hospitaliers, la tarification à l'activité et la contrainte économique ont fait prospérer ces mécontentements.

Une réflexion s'impose mais en France toute réforme est difficile à mettre en œuvre.

Nota : un index des acronymes utilisés se trouve en fin d'article.

Mesdames, Messieurs, chères consœurs, chers confrères, je vais aborder un sujet relatif à la santé, le fonctionnement hospitalier, qui je crois vous intéresse tous. Personne n'est insensible à sa santé et à la façon dont elle est prise en charge. À partir d'un certain âge cette sensibilité devient de plus en plus importante, ce qui aujourd'hui nous concerne directement.

Le titre de l'entretien que j'ai proposé, le malaise hospitalier, correspond au ressenti des professionnels de l'hôpital, privés et publics, aux avis exprimés par les politiques, les corps intermédiaires dont les organisations syndicales, la presse et bien sûr les réseaux sociaux.

Il s'agit d'un sujet éminemment politique. Il n'est pas dans nos habitudes, lors de nos réunions, d'aborder des sujets pouvant donner lieu à controverse dans ce domaine, mais on ne peut analyser ces problèmes de santé et le fonctionnement hospitalier sans avoir une conception claire du rôle de l'État dans l'organisation de la prise en charge hospitalière et de son financement.

Cette approche politique est fondamentale, elle inclut, comme je l'ai dit, notre conception de la place de l'État mais aussi notre analyse de l'action du gouvernement en place dans le bon ou le mauvais fonctionnement du système.

Au niveau de la réflexion sur la place de l'État, il existe en France et même en Europe un consensus général qui nous permet d'avoir une approche non partisane, mais ce n'est pas le cas dans l'analyse de l'action du gouvernement.

Mon propos sera exclusivement de décrire ce malaise que vous connaissez, j'en suis sûr, par les différents médias que vous consultez, mais aussi d'essayer d'en individualiser les principales causes et de présenter des leviers qui pourraient agir pour assurer la pérennité, la qualité et la réactivité du système hospitalier, ce qui ne va pas de soi.

Ce malaise existe. J'en suis le témoin comme les professionnels de santé présents dans cette assemblée, et peut-être certains d'entre vous en tant qu'usagers. Il a été surtout diffusé par la presse qui s'en fait l'écho avec une habituelle insistance et complaisance pour donner une tournure dramatique à des difficultés réelles, sérieuses mais à analyser dans leur contexte.

Un relai important dans les médias

Quelques exemples

- Dans *Le Nouvel Observateur* juin 2022 : « l'hôpital est face à un risque de cataclysme sanitaire. Fermeture des urgences. Pénurie de lits, de personnel, crise des vocations. Tous les voyants sont au rouge ».
- Dans *L'Express* novembre 21 : « l'hôpital craque, car les soutiers le fuient ». Dans le même article, le directeur de l'APHP, Martin Hirsch : « je n'ai jamais connu de rentrée aussi difficile ».
- Dans *Mediapart* : « on bascule sur de la médecine de guerre. Côté adulte, les urgentistes ont décidé de compter les morts sur les brancards ».
- Dans *Le Monde* de janvier 2023, chronique d'un universitaire : « non, Monsieur Macron, l'hôpital n'est pas tenu, il est même en voie d'effondrement et à la suite des réformes proposées par le président : il ne faudrait pas que nos technocrates bâtissent une nouvelle usine à gaz, comme c'est malheureusement à craindre ».
- Toujours dans *Le Monde* : « la logique de l'hôpital entreprise et de la tarification à l'activité font partie des problèmes, elles ont dégradé les conditions de travail en faisant fuir les soignants ».
- Dans *Le Figaro*, pour n'oublier personne, long article sur le blues des médecins libéraux dont le désengagement retentit sur le fonctionnement hospitalier, notamment aux urgences.

Je pourrais multiplier ces exemples avec bien d'autres articles de la presse nationale, mais aussi de multiples articles consacrés au même sujet dans la presse régionale.

Les mécontentements sont réels, fondés sur des constatations quotidiennes de la part de médecins, de soignants et parfois d'usagers. Concernant ces derniers il s'agit le plus souvent de délai d'attente en termes de semaine ou de mois pour des consultations ou en termes d'heures dans les services d'urgence.

Je ne rajoute pas à ces mécontentements les revendications multiples des syndicats de salariés qui portent essentiellement sur les salaires et les postes vacants.

Quant aux partis politiques d'opposition, leurs critiques sont souvent encore plus violentes, même de la part de ceux qui ont été au pouvoir au cours des dix ou quinze années précédentes et qui devraient normalement assumer une coresponsabilité.

L'incidence de la pandémie

Avant la pandémie, le mécontentement hospitalier existait déjà, plus ou moins latent, parfois aussi exprimé avec violence, les contraintes propres à l'exercice de soigner dans des structures complexes ont toujours donné lieu à des revendications fortes de la part d'à peu près tous les acteurs.

Bien entendu la pandémie n'a rien arrangé, mais nous avons pu constater que l'engagement des professionnels ainsi que l'organisation des structures hospitalières ont permis de répondre dans des conditions à peu près satisfaisantes alors que la relative impréparation à cette imprévisible déferlante n'était pas illogique.

Le mécontentement est revenu en force lorsque le Covid a commencé à sortir des hôpitaux grâce à la vaccination ; il a été amplifié par le départ non prévisible de nombreux soignants qui, éreintés, bouleversés par l'épisode, ont fui le secteur médical. Pour exemple, les hôpitaux parisiens se sont retrouvés en peu de temps avec 10% de postes non pourvus. Si la fuite des professionnels soignants est aujourd'hui particulièrement importante depuis plusieurs années, la durée de vie professionnelle d'une IDE hospitalière n'excède pas dix ans pour la moitié de l'effectif, à ce terme elle s'oriente vers le libéral, les EHPADS, l'intérim ou des activités non soignantes, notamment vers un emploi administratif, souvent en milieu hospitalier.

De même l'impact de la maternité oriente souvent vers une activité à temps partiel.

Les causes multiples de ce malaise et du mécontentement des professionnels à l'origine des prises de position, des revendications et des articles trouvés dans la presse, sont plus ou moins connus de tous. Rapidement, nous y reviendrons, il s'agit de la perception d'un management en recherche d'efficacité, d'économie ainsi que de productivité entraînant au quotidien un flux tendu associé à un manque de personnel et un manque de moyens. Tout cela induit une souffrance au travail. Résultat d'un surcroît d'activité et du sentiment d'une mauvaise prise en charge des patients. Cette gestion obéirait à une logique uniquement comptable dont l'outil serait la tarification à l'activité, à l'origine d'une majorité des maux de l'hôpital.

À cela s'ajoute des salaires insuffisants, inférieurs à la moyenne des pays de l'Union Européenne, ainsi qu'une lourdeur administrative typiquement française.

La crise des urgences, avec un afflux de patients en constante augmentation depuis une quinzaine d'années, désorganise les services ainsi que toutes les structures d'aval mettant en évidence un manque de lits, particulièrement dramatique dans les services de soins aigus pendant le Covid, et au niveau de la pédiatrie pendant l'épidémie de bronchiolite. Tout cela, accompagné d'un déficit financier structurel et ancien de la majorité des hôpitaux, ainsi que de l'assurance-maladie, limite de façon drastique les capacités budgétaires pour répondre aux besoins d'investissement et aux demandes des soignants.

Un malaise hospitalier présent dans tous les pays européens

Devant la complexité de l'organisation des soins et notamment des structures hospitalières, avant et après la crise de Covid, donner un avis sur le délabrement ou le relatif bon fonctionnement du système hospitalier français ne peut se faire qu'en comparaison avec les systèmes hospitaliers de pays ayant sensiblement le même niveau économique que nous et les mêmes ambitions pour la prise en charge de leurs citoyens.

On doit exclure de cette comparaison le système américain. Les États-Unis ont un mode de fonctionnement de leur système de santé éloigné des autres pays de l'OCDE. Leurs dépenses de santé sont nettement supérieures tout en étant associées à une grande inégalité d'accès aux soins en fonction de conditions sociales et parfois géographiques. Le système hospitalier américain ne peut être pour nous une ambition ou un élément de comparaison.

Au niveau européen, à peu près tous les pays ont des engagements identiques sur l'accessibilité, l'universalité et la volonté de qualité. Ils sont tous aussi confrontés aux mêmes difficultés que la France.

Au Royaume-Uni, les files d'attente pour toute intervention préexistaient à la crise du Covid, elles n'ont fait que s'amplifier depuis. Le NHS évalue à 7 millions les patients en attente d'intervention chirurgicale alors qu'ils étaient 4,5 millions en 2019. Le manque d'établissements de suite contribue à l'encombrement des hôpitaux et à l'importance des délais d'attente. Le nombre de lits par milliers d'habitants est l'un des plus bas d'Europe et actuellement de très nombreux postes d'infirmière sont vacants dans les hôpitaux publics. Pour la première fois dans l'histoire du NHS, les infirmières se sont mises en grève en décembre 2022. 20 à 25 % des médecins hospitaliers sont d'origine étrangère.

En Espagne, où la santé est totalement décentralisée et où chaque communauté autonome gère son système, le malaise, les démissions en cascade et les mauvaises conditions de prise en charge sont équivalentes sur l'ensemble du territoire et en permanence dénoncées par la presse.

L'Allemagne est le pays européen qui consacre le plus de financement en pourcentage de sa richesse nationale pour ses dépenses de santé, juste devant la France. Comme son PIB fait partie des plus élevés, la contribution est donc très importante. Dans ce pays, la compétence en santé est décentralisée dans les Landers et le privé joue un rôle important. Pourtant de nombreux petits hôpitaux ont fermé régulièrement au cours des trois dernières années, réduisant de façon importante l'accessibilité géographique. Plusieurs dizaines de milliers de postes sont non pourvus après des années de faible recrutement et à la suite de démissions récentes. Le vieillissement de la population s'accompagne du plus important vieillissement des médecins en Europe.

On retrouve un phénomène à peu près identique en Italie, avec une large décentralisation des politiques sanitaires et des modes de fonctionnement propres à chaque région. Les hôpitaux ferment par manque de fonds et de soignants. Les délais d'attente deviennent interminables et le mécontentement des infirmières et de tout le corps soignant se traduit aussi par des grèves.

Je pourrais bien sûr continuer cette litanie des difficultés hospitalières des pays européens qui préexistaient à un niveau moins intense à la pandémie mais qui se sont amplifiées par la suite avec un ressenti à peu près identique de la part de tous les soignants dans tous les pays d'Europe.

Pour compléter ces comparaisons internationales, il est intéressant d'apprécier la part que la France consacre à l'hôpital. Je bornerai ma comparaison à l'Allemagne, puisque ces deux pays sont ceux qui consacrent le plus à leurs dépenses de santé. La part des dépenses de santé en Allemagne est de 11,5 % du PIB et en France de 11,4 %. La moyenne européenne est de 9,8 % (10% de différence de PNB). Sur ces pourcentages à peu près identiques, la France consacre 10 points de plus que l'Allemagne à sa dépense hospitalière. En comparaison, à population égale, la France consacre 15 milliards de plus que l'Allemagne à ses hôpitaux. Concernant la médecine de ville, les proportions sont inversées, l'Allemagne consacre à peu près 10 % de plus à ce poste que la France. Nous verrons par la suite qu'une partie des difficultés de l'hôpital français peut être imputée à une dégradation de la médecine de ville. Pour compléter ces quelques chiffres, le poids de la dépense administrative à l'hôpital est de 4,6 % en Allemagne et de 5,6 % en France. La France consacre 2 % de ses dépenses de santé à la prévention, l'Allemagne 3 %, soit 50 % de plus. La prévention est un poste majeur de santé publique, délaissée dans notre pays au profit exclusif du soin. Concernant le nombre de lits qui correspond à une revendication constante de la part des soignants, il s'établit à 2,9 lits pour 1 000 habitants en France, au-dessous de la moyenne européenne qui est de 3,3 et nettement au-dessous de l'Allemagne qui est de 5 lits pour 1 000.

Le nombre de lits en médecine et en chirurgie est un indicateur discutable car l'efficacité d'un système permet d'avoir un nombre de lits moins important. Les progrès

des technologies médicales et anesthésiques, des procédures de récupération rapide après chirurgie permettent un développement important de la chirurgie ambulatoire ainsi qu'une nette diminution de la durée de séjour. La durée moyenne de séjour en France est l'une des plus courtes de l'Union Européenne, nettement inférieure à celle de l'Allemagne et du Royaume-Uni, avec un recours à l'ambulatoire important considéré comme un facteur d'efficacité et comme une preuve de bonne organisation au niveau de l'OCDE.

Concernant le reste à charge, c'est-à-dire la part des ménages dans le financement hospitalier, il est négligeable, inférieur à 1 %, équivalent à celui de l'Allemagne et de l'Angleterre, moins que la majorité des autres pays européens.

On peut au moins conclure de ce tour d'horizon rapide international que les difficultés sont largement partagées par tous les pays développés confrontés à des problèmes équivalents et que dans cet environnement la place de notre pays est plutôt au-dessus de la moyenne Européenne. On peut aussi s'interroger de voir en France des preuves d'efficacité hospitalière réelle concernant la prise en charge chirurgicale, un financement hospitalier supérieur à la moyenne, et en même temps des difficultés équivalentes aux autres pays européens.

Un ressenti différent par les patients

Pour revenir au niveau national, la presse parle d'un système au bord de l'effondrement, d'une qualité de soins qui se dégrade, d'une fuite des professionnels et d'un désintérêt pour le métier de soignants.

Si les soignants se plaignent de leurs conditions de travail, alertent les pouvoirs publics sur l'état ressenti comme lamentable de l'hôpital, il paraît intéressant de connaître l'opinion des patients et de façon plus globale des Français. Annuellement une enquête nommée e-satis interroge les patients à la sortie de leur hospitalisation pour apprécier leur opinion sur leur prise en charge. Le taux de réponse est de l'ordre de 28 %, c'est un taux faible mais qui n'est pas sans valeur, l'indice de satisfaction moyen est de 74 %. Les trois quarts des patients sont satisfaits de leur prise en charge, tous secteurs hospitaliers confondus, que ce soit dans les secteurs de soins aigus, en médecine, en chirurgie et en obstétrique ou en soins de suite.

À l'analyse des réponses, on voit que l'indice sur l'hôtellerie, chambre et repas, ainsi que sur l'organisation est de l'ordre de 65 % de satisfaction. Par contre, l'indice sur la prise en charge médicale et paramédicale est supérieur à 80 % de satisfaction. Ces chiffres permettent d'évaluer les conditions dans lesquelles l'hôpital, privé et public, remplit son rôle aujourd'hui dans notre société. Si, de façon plus globale, dans de larges enquêtes d'opinion on interroge les Français sur leur sentiment sur l'hôpital, sur la confiance qu'ils accordent au secteur hospitalier, ils sont 80 % à être satisfaits, c'est le pourcentage le plus élevé des pays européens.

Les causes structurelles de ce malaise

J'ai brièvement évoqué en début de propos les motifs de mécontentement, le ressenti négatif des professionnels, les revendications syndicales, la position des politiques, les critiques de la presse et des réseaux sociaux. Au risque de me recouper, je vais essayer de trouver les causes les plus profondes de ces dysfonctionnements à l'origine de ce ressenti.

Tout d'abord, l'hôpital est un lieu complexe, très complexe, qui nécessite une organisation solide et sophistiquée prenant en compte des contraintes et défis techniques,

logistiques, architecturaux, informatiques sollicitant à des postes divers, soignants et non soignants, des hommes et des femmes de compétences et métiers divers. Cette organisation, qui doit être stricte et flexible en même temps car aucune prise en charge ne se ressemble, expose au quotidien ses acteurs au contact de la souffrance, de l'angoisse des patients et du désarroi, de l'incompréhension de leur famille et aussi au contact de l'échec. Un hôpital ne peut pas toujours fonctionner de façon parfaite, incriticuable.

Au cours des 20 dernières années, le rôle de l'hôpital a changé, les besoins en santé de la population se sont accrus avec le vieillissement, la multiplication des maladies chroniques et en même temps un haut niveau de technicité nécessitant une hyper-spécialisation de nombreux professionnels. On peut définir de façon schématique, dans la prise en charge des patients, des modalités qui sont souvent contradictoires, d'un côté, pour tout ce qui est curable, être précis, rapide, technique, efficace, et pour tout ce qui ne l'est pas, c'est-à-dire les maladies graves à évolution rapide ou les maladies chroniques, avoir du temps, une réelle disponibilité, mettre en place un parcours plus attentif et une organisation pluridisciplinaire associant la médecine libérale. Tout cela avec des cas-frontières nombreux dans le même service et pour les mêmes professionnels. Bien souvent, les hôpitaux n'ont pas su ou n'ont pas pu créer les organisations robustes et en même temps souples et fluides nécessaires pour accueillir et faire rapidement sortir les patients vers des lieux adaptés ou le domicile. Ces difficultés inhérentes à toute structure hospitalière deviennent majeures lorsqu'il manque du personnel, lorsque les locaux sont anciens, mal agencés, lorsque les lourdeurs administratives se multiplient.

L'histoire de l'hôpital, disons sur les 50 dernières années, éclaire aussi les difficultés actuelles

Depuis toujours, la France a un niveau de dépenses de santé élevé, supérieur à la moyenne européenne pour une qualité de résultat parfois discutable. Au début des années 70, s'est développée l'idée simple que le meilleur moyen de baisser le coût de la santé était de diminuer l'offre, que la multiplicité de cette offre, nombre de médecins, nombre de lits, nombre de matériels lourds, nombre de structures hospitalières étaient à l'origine du coût élevé de la santé.

C'est sur ce constat qu'une planification hospitalière rigoureuse s'est mise en place avec un *numerus clausus* réduit pour limiter le nombre de médecins, avec d'ailleurs l'accord de leurs instances représentatives, ordre et syndicat. La rigueur de la planification hospitalière a entraîné une baisse du nombre de lits, une fermeture de services, notamment chirurgicaux lorsque la taille critique n'était pas atteinte et une fermeture d'établissements de petites tailles, notamment privés. Ces décisions ont naturellement accompagné l'évolution de la prise en charge et la diminution de la durée de séjour dont nous avons déjà parlé. Par contre, cette même planification a lourdement retardé en France l'installation de matériel lourd notamment d'imagerie scanner, IRM, médecine nucléaire, entraînant un encombrement des hôpitaux et des retards de diagnostic.

Le numerus clausus a eu un effet beaucoup plus délétère en impactant la démographie médicale. Personne ne se doutait au moment de ces décisions de l'importance à venir de la féminisation du corps médical, du besoin de médecins dans d'autres secteurs de la santé que le soin, de la volonté des jeunes générations de travailler moins et de s'installer là où ils en avaient envie, c'est-à-dire plutôt dans des métropoles ou dans le sud de la France. La chute de la démographie médicale a eu bien sûr une incidence directe sur le recrutement médical de l'hôpital mais aussi une incidence tout

aussi néfaste sur la médecine libérale. L'hôpital s'inscrit dans une chaîne médicale qui commence au premier recours, à la médecine libérale : médecine générale et certaines spécialités d'accès direct.

La diminution du nombre de médecins de ville, l'apparition de déserts médicaux en milieu rural mais aussi en milieu urbain, le refus d'astreinte et de prise en charge des urgences par les médecins libéraux en ville entraînent un encombrement des services d'urgences hospitaliers dont la progression est constante depuis 20 ans, et qui retentit sur le fonctionnement de tous les établissements. De même, le manque de structure d'aval, moins dans notre région qui est mieux dotée que la moyenne nationale, contribue à surcharger les hôpitaux avec des patients qui ne sont pas ou qui ne sont plus de son ressort. Nous savons que la densité médicale va stagner pendant plusieurs années. Avec la disparition du numerus clausus les promotions sont passées de 3 500 en début des années 90 à plus de 10 000 aujourd'hui mais ne permettront une croissance du nombre de médecins seulement qu'à partir de la fin des années 2020 pour un équilibre théorique en 2050. Et il n'est pas sûr que les besoins médicaux à ce moment-là correspondent à l'anticipation des pouvoirs publics. De plus, le nombre de généralistes diminue et le nombre de spécialistes continue de croître. Cette politique de diminution de l'offre en médecins, structures et matériel, a eu un effet négatif sur le fonctionnement hospitalier, mais elle n'est pas la seule.

La mise en place des 35 heures, il y a presque 25 ans, a eu aussi un effet dévastateur sur tout le secteur hospitalier dont il a aujourd'hui toujours le plus grand mal à se relever. Si cette décision purement politique pouvait s'entendre ou s'accepter dans de nombreuses entreprises d'autres secteurs d'activité, à condition que des aménagements d'horaire, des gains de productivité ou des hausses de tarif compensent la diminution du temps de travail, cela ne pouvait concerner l'hôpital où le temps de présence des soignants n'est pas une variable d'ajustement, où les tarifs sont réglementés et où la recherche de productivité se doit d'être très limitée. À l'origine, cette réduction de temps de travail ne concernait pas l'hôpital, mais la revendication de la fonction publique hospitalière sur ce point d'égalité, qui n'était pas sans fondement, a entraîné sa mise en place et nous en subissons aujourd'hui toujours les effets (différence soignants, administratifs).

En France, le niveau des salaires hospitaliers est relativement bas, au-dessous de la moyenne européenne. Les décisions dans ce domaine sont difficiles, alors que, comme nous l'avons vu, l'hôpital a un coût important pour les finances publiques, ce qui entraîne une faible marge de manœuvre. À la suite de la pandémie, le Ségur de la santé a arrêté une augmentation notable de 6 % des salaires qui n'a pas paru suffisante à la communauté hospitalière. Le niveau de salaire est un des points importants du mécontentement du personnel soignant, il contribue à la désaffection pour les métiers de soins, dans le domaine public et privé.

Tout récemment, attentif aux revendications sur la pénibilité et surtout sur le travail de nuit, l'État l'a revalorisé de 25 % et a augmenté de 50 % le tarif des gardes : urgences, services de soins aigus, soit une enveloppe estimée à 1 milliard d'euros. Dans le même temps, la demande de la Fédération hospitalière de France est de relever l'enveloppe hospitalière publique de 5 % soit près de 5 milliards d'euros. La décision sur le travail de nuit risque de ne pas paraître suffisante. Le déficit de l'hôpital public est d'un milliard d'euros pour 2022 soit le double de la période avant Covid. La hausse de coût de l'énergie et de l'inflation alourdit les dépenses, alors que l'activité reste inférieure à l'avant Covid, pour différentes raisons dont la fermeture de lits par manque de personnel.

Quelques réflexions sur l'avenir

Toute réflexion sur l'avenir de l'hôpital doit prendre en compte un certain nombre de fondamentaux qui doivent être conservés, mais doivent aussi évoluer

La place de l'État est un point essentiel, en France, pays centralisé par excellence. Le choix a été fait de déconcentrer l'autorité de l'État, à la différence des pays qui nous entourent et qui ont fait le choix de la décentralisation liée à leur structure fédérale (Royaume-Uni, Allemagne, Italie, Espagne).

Cette déconcentration a été mise en place en 1995 avec l'instauration des Agences Régionales de l'Hospitalisation : ARH, transformées en 2010 en Agence Régionale de la Santé : ARS. Alors que les ARH étaient des structures légères, centrées sur la stratégie et le financement des hôpitaux, les ARS sont devenues de véritables sous-ministères de la santé, avec une lourdeur administrative qui retentit sur le fonctionnement des structures hospitalières, notamment publiques. Cette tutelle doit être allégée permettant plus d'autonomie au niveau des hôpitaux, mais pour autant, elle ne doit pas être supprimée.

Une régulation économique contraignante sur les dépenses hospitalières doit aussi subsister.

Dans un État particulièrement dépensier sur les services publics, la santé, qui n'a absolument pas la capacité de s'auto-réguler, nécessite de claires contraintes économiques. Les dépenses de santé sont toujours inflationnistes s'il n'existe pas des freins médicaux et économiques. La recherche systématique de la pertinence des actes au niveau individuel, mais surtout par des réglementations ou recommandations, doit se développer. C'est un point essentiel pour maîtriser les coûts mais aussi de santé publique.

Chaque année, le Parlement vote l'Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie, l'ONDAM, dont le montant pour 2023 est de 244,1 milliards d'euros et la part hospitalière 100,7 milliards d'euros. Le déficit prévu pour 2023 est de 8,3 milliards d'euros, il sera vraisemblablement supérieur au terme de l'année.

Il est légitime que les fédérations hospitalières s'insurgent régulièrement devant la faible évolution de cette enveloppe, qui a quand même progressé de façon importante pendant le Covid, mais la marge d'évolution est étroite. Elle doit aussi s'apprécier avec d'autres besoins nationaux actuellement peu pris en compte.

La gouvernance hospitalière reste un vrai sujet, politiquement délicat, mais qui mériterait d'être repensé. En France, les postes de directeur d'hôpital sont réservés à l'École des Hautes Études de Santé Publique située à Rennes et qui est, après l'ENA et l'École de la Magistrature, la troisième grande école de la fonction publique. Toujours en France, les hôpitaux militaires et les centres anticancéreux sont dirigés dans des conditions satisfaisantes par les médecins.

L'hôpital est plus une entreprise qu'une administration, même si c'est une source constante de discussion, et la diversité de recrutement de ses dirigeants associant une filière médicale d'accès à ses fonctions serait un facteur important d'émulation dans le management et pourrait sûrement permettre plus facilement un allègement du poids de l'administration dans le coût de l'hôpital.

Point important dans la réflexion hospitalière : la tarification.

La tarification hospitalière est structurante, mais le mode de financement induit des comportements qui peuvent être vertueux ou facilement pervers. Il permet aussi un pilotage de l'offre hospitalière et des modalités de prise en charge. Jusqu'en 2005, l'hôpital public était financé par une dotation globale annuelle pour prendre en charge l'ensemble de ses activités. Ce système n'encourageait certes pas une course à l'activité,

au contraire, il était réellement inadapté à la recherche d'efficacité qui paraissait indispensable avec l'augmentation des besoins.

En 2005, a été mis en place dans les hôpitaux privés et publics un mode de tarification, inspiré d'un modèle américain, qui s'est répandu dans pratiquement tous les hôpitaux du monde occidental et au-delà. Cette tarification consiste à valoriser tout séjour hospitalier en fonction de la pathologie, des actes réalisés pendant le séjour, mais aussi de l'âge et des pathologies associées. Les données sont classées par un algorithme pour aboutir à des groupes homogènes de séjour. Cette tarification à l'activité, la T2A, est basée sur la valorisation de ces séjours par comptabilité analytique, ce qui, bien sûr, a donné lieu à contestation car les établissements n'ont pas tous, pour une même prise en charge, un niveau de dépenses équivalent. Si la classification des actes est la même pour tous les secteurs hospitaliers dans notre pays, la valorisation est différente pour le public et le privé.

Le mérite de cette tarification est que l'Assurance-Maladie ne paye que pour ce qui est réalisé, ce qui n'était pas le cas avec la dotation globale ; par contre, ce système pousse à la consommation, à la productivité, peut-être au-delà de ce qui est souhaitable. De plus, si ce modèle a du sens pour des actes chirurgicaux ou des hospitalisations médicales standard, il n'en a pas pour la prise en charge des maladies chroniques qui deviennent une part importante de l'activité hospitalière.

Une critique équivalente peut être faite sur la tarification à l'acte en médecine libérale.

Dans son dernier discours sur la réforme hospitalière, le Président de la République a pris l'engagement de supprimer la T2A. C'est un engagement difficile, risqué, et peut-être même aventureux, tant qu'un système satisfaisant, reconnaissant une part à l'activité plus ou moins importante suivant la nature de la prise en charge des patients, et une part au financement de la structure n'a pas été mis en place. La voie intermédiaire sera sûrement une tarification mixte avec une part fixe et une part variable, suivant la nature des pathologies et des actes. Ce chantier important, déterminant pour la prise en charge des séjours longs et complexes, est à peine ébauché.

En forme de conclusion

Je ne vais pas conclure, car, pour conclure, il faut avoir fait le tour d'un sujet, et j'ai parfaitement conscience que je n'ai évoqué le large sujet du bon et du mauvais fonctionnement des hôpitaux que de façon partielle, peut-être partielle. Dresser des perspectives d'avenir nous amènerait à repenser complètement le fonctionnement de l'hôpital public si on craint que, quelles que soient les réformes appliquées, rien ne doive changer si on ne change pas la gouvernance.

L'État est un piètre gestionnaire confronté en permanence aux aspirations partisans des politiques et à la lourdeur de son administration. Cette dualité fait partie de notre vie démocratique mais l'hôpital doit être au-delà des enjeux démocratiques. La privatisation dans un cadre non capitalistique, de type associatif, des hôpitaux est une voie intéressante, il faut bien sûr définir les moyens de contrôle ou l'État aura sa place... mais c'est une bien grande ambition qui aura du mal à prospérer dans notre pays.

On peut aussi réfléchir aux solutions apportées par un cyber hôpital avec une plus importante mobilisation des systèmes informatiques dans la gestion des données, du parcours de patients, de la télémédecine, une intervention de robot dans toutes les chaînes logistiques et au bloc opératoire et bien sûr l'IA dans les soins mais aussi en support de toute activité et de toute organisation. Mais c'est bien sûr un sujet qui mériterait un long et spécifique développement.

Je voudrais toutefois dans le désordre, évoquer quelques points pour compléter mon propos et pour nourrir notre réflexion.

Comme vous l'avez compris, le Covid a révélé les faiblesses et la fragilité du système hospitalier français, qui préexistaient à la pandémie mais avec lesquelles nous vivions, en partie, par habitude.

Je pense – cet avis n'est pas unanimement partagé – que la France consomme suffisamment de fonds pour son système de santé et qu'il existe un important gaspillage. J'ai cité le pourcentage de postes administratifs dans les hôpitaux, mais on pourrait aussi citer la conception architecturale de nombreux nouveaux hôpitaux, qui est un facteur de surcoût et de dépassement de budget dans la réalisation et dans le fonctionnement, ou encore la redondance de certains actes...

Il existe aussi une absence de culture économique de la part des médecins qui bénéficient de locaux techniques, salles d'opération, de matériel et de consommables utilisés trop souvent sans compter. Cette appréciation vaut aussi pour la médecine libérale hospitalière ou non.

Je m'interroge aussi sur les capacités, pour les pays à notre niveau de développement et notamment pour le nôtre qui privilégie à la culture du consensus la culture de la contestation, à arriver à avoir des services publics, tels que la justice, l'éducation, l'Université et bien sûr la santé fonctionnant de façon satisfaisante pour les usagers, les salariés, les politiques et les médias.

De tous ces services, la santé est incontestablement celui qui est le plus privilégié financièrement, c'est peut-être aussi celui où les usagers sont le moins mécontents.

Et puis dernière remarque, puisqu'actuellement les difficultés hospitalières sont surtout centrées autour des ressources humaines, des soignants, médicaux et paramédicaux, je crois que les nouvelles générations n'ont pas le même goût, ou du moins la même appétence pour le travail que leurs aînés. La recherche d'une meilleure qualité de vie, mot que nous utilisons peu, ne les pousse pas particulièrement vers des métiers de grande disponibilité, d'astreinte et de garde.

Au risque de passer pour un vieux... un vieux monsieur, je termine donc en critiquant et en me défaussant sur les jeunes générations auxquelles nous laissons une lourde dette publique et sociale sans parler des problèmes environnementaux.

INDEX DES ACRONYMES UTILISÉS

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENA : École National d'Administration

IA : Intelligence Artificielle

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

NHS : National Health Service (service de santé Britannique)

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PIB : Produit Intérieur Brut

T2A (TAA) : Tarification à l'Activité