

Cette liberté que la France ne se décide toujours pas à accorder à ses hôpitaux



Le Premier ministre Edouard Philippe et la ministre de la Santé Agnès Buzyn ont dévoilé des mesures dans le cadre du plan d'urgence pour l'hôpital public cette semaine. En plus de la question financière, il serait important de s'interroger sur l'efficacité opérationnelle des mesures évoquées.

Avec Guy-André Pelouze

Atlantico.fr : Edouard Philippe et Agnès Buzyn ont annoncé hier matin, mercredi 20 novembre 2019, les principales mesures du plan d'urgence pour l'hôpital public : une reprise de 10 milliards de dette des hôpitaux sur trois ans, et une augmentation du budget de l'hôpital de 1,5 milliard d'euros, également sur trois ans. Il semble aujourd'hui nécessaire d'interroger l'efficacité opérationnelle de ces mesures pour la plupart financières.

D'où vient aujourd'hui selon vous la crise de l'hôpital public ? Comment est-elle liée à son histoire et notamment au modèle qui a été choisi pendant l'après-guerre ?

Guy-André Pelouze : Le diagnostic de "crise" dans ce pays est posé à tort et à travers mais le plus souvent avec un but politique. Le plus souvent c'est un cliché où se mêlent des intérêts catégoriels, des intentions partisans, l'absence de leadership de l'administration et une culture du refus du dialogue social et du compromis. Tout d'abord il faut se garder de parler de l'hôpital en général et mettre tous les hôpitaux dans le même sac. C'est commode pour les tenants de la "crise sociale permanente" mais c'est faux. L'hôpital marche plutôt bien en France; il est plutôt très bien équipé et il a des équipes de soins de qualité; en revanche sa productivité est basse et son organisation interne est trop complexe, trop bureaucratique et centralisée. La réforme des pôles, par exemple, est un retentissant échec et sa poursuite est désastreuse, une obstination qui rappelle celle du numerus clausus. Autre exemple, dans le débat actuel les répercussions des 35 heures sur la productivité, l'organisation et le financement sont ignorées. C'est une grave erreur et il faut souligner les effets délétères de cette réforme car ils perdurent.

Les deux questions d'actualité sont celles de l'endettement et des urgences.

Hôpitaux publics 1364
Hôpitaux commerciaux 1002
Hôpitaux non commerciaux 680
<https://fr.statista.com/themes/2934/les-hopitaux-en-france/>

L'endettement

Tout d'abord le gouvernement ne joue pas cartes sur table car le public, la société civile, la presse n'ont pas accès aux données du système de soins. Vu le délai mis à réagir dans ce sujet de l'endettement, on peut se demander si ses services regardent régulièrement les compteurs de la dette comme tout bon gestionnaire. Ce serait si simple d'avoir à disposition le stock exact de dette, les hôpitaux concernés et d'apprécier les causes, c'est à dire la charge d'investissement, la charge salariale avec le distinguo entre les emplois soignants et ceux du back office, les remboursements d'emprunts etc. Il apparaît que sur 1364 hôpitaux publics seulement 319 hôpitaux sont excessivement endettés dont 19 CHU et 300 centres hospitaliers généraux (Tableau N°1). Certains hôpitaux sont trop endettés, ce n'est pas nouveau (on se rappelle du discours de Bordeaux de N. Sarkozy qui ne fut pas suivi d'action) et ce n'est pas arrivé du jour au lendemain. L'hôpital est une administration publique. C'est donc les ARS et le ministère sous le quinquennat précédent et les deux ans de ce quinquennat qui n'ont pas géré cette question de l'endettement excessif en prenant les dispositions appropriées au niveau du management. C'est très grave. De surcroît je n'ai pas entendu le premier ministre annoncer les contreparties que les administrations, qui sont sous son contrôle, se sont engagées à respecter si l'état reprend à son compte 10 milliards de dette sur un total de 30 milliards. Car ce sparadrap qui ne couvre pas toute la plaie ne saurait se résumer à une opération comptable. Cette dernière faisant que le taux d'intérêt servi aux prêteurs serait moindre puisque c'est la signature de l'état et qu'ainsi chaque équipe administrative pourrait continuer comme avant. Il n'est pas rationnel de récompenser les mauvais élèves de la gestion hospitalière.

Les urgences

Sur ce sujet rien de structurel n'a été décidé par ce gouvernement. Croire que le chaos des urgences est un problème de moyens et donc de milliards pour les uns ou de millions pour les autres est une illusion collective. Dans ce domaine il faut copier ce que font les autres pays et abandonner le modèle dominant actuel. Ce modèle absurde où on laisse entrer des patients qui n'ont rien d'urgent dans des services qui sont conçus pour soigner des situations urgentes. Peu importe le pourcentage de patients non urgents (il est en moyenne élevé et parfois très élevé), chaque patient non urgent qui entre dans le service des urgences prend la place d'un patient urgent et diminue les moyens humains consacrés à ceux qui sont dans un état critique. Le sujet des urgences est d'abord une question de gestion de flux. Avec l'organisation actuelle c'est ingérable. Avec des infirmières cliniciennes et les outils de gestion électronique de prise de rendez vous qui existent nous passerions du chaos au fonctionnement cyclique bien connu des services d'urgence. Il faut déléguer massivement des tâches de soins à des non médecins car ils en sont capables et le font souvent mieux. En revanche, les établissements doivent mieux s'organiser dès que les flux seront maîtrisés, pour faire cesser cette exception médicale encore trop fréquente, celle où les moins expérimentés des médecins sont mis en première ligne. La vraie urgence est difficile à soigner et c'est l'affaire des séniors.

Atlantico : On entend beaucoup de déclarations qui sous-entendent qu'il n'est pas possible d'avoir un hôpital public bénéficiaire, que ce n'est pas son rôle et que cela remettrait en question la qualité des soins et l'égalité d'accès. Est-ce que des exemples (à l'étranger mais aussi en France) remettent en question cette opinion ?

Affirmer que le modèle social français ne peut fonctionner qu'avec du déficit c'est à dire de la dette et donc de nouveaux impôts est une imposture.

C'est historiquement faux. Avant 1974 les comptes publics étaient en équilibre et les soins étaient remboursés. En revanche le panier de soins n'était pas le même en terme d'avantages en nature (IJ, transports "médicalisés", cures thermales, médicaments de convenance, consultations itératives, biens médicaux sans service médical rendu ...). Ces décisions politiques de la droite comme de la gauche ont été désastreuses. C'est aussi faux si l'on regarde nos voisins européens. L'Allemagne, les Pays Bas, la Suisse, l'Italie, la Suède ont des [organisations de sécurité sociale en excédent](#). La qualité des soins et l'accès à ceux-ci y sont comparables voire meilleurs. Poser ce principe d'impossibilité d'excédent des comptes publics des administrations de sécurité sociale c'est renoncer à gérer et précipiter le pays dans le chaos. Ces propos sont récurrents et ne concerne pas que l'hôpital. Le budget de la nation doit être excédentaire pour commencer à rembourser l'extravagante dette publique. De la même façon le budget d'un hôpital doit être excédentaire pour rembourser raisonnablement sa dette et investir. Car la production de soins nécessite des outils très sophistiqués qui sont à l'origine des progrès gigantesques effectués depuis un demi-siècle. Investir signifie non pas payer des salaires mais acquérir des biens matériels et immatériels nécessaires à la mission de production de soins de qualité. J'ai noté qu'Emmanuel Macron a répété dans son discours sur l'hôpital, depuis la Marne, le mot investir. Ce n'est pas neutre. Or cet investissement les hôpitaux bien administrés le produisent dans leur bilan comme les autres établissements de soins commerciaux ou non commerciaux. C'est pourquoi ce n'est pas l'état qui doit distribuer une manne car cela ne conduirait qu'à des investissements non nécessaires, voire d'opportunité ou bien à boucher des trous dans le fonctionnement.

À ce sujet le débat actuel sur la T2A (Tarification à l'activité) est dangereux.

Les hôpitaux facturent les soins à l'assurance maladie selon le type de soins. À côté il y a aussi des financements appelés MIGAC (Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation) qui complètent ce dispositif. Revenir à un financement non basé sur l'activité c'est à nouveau refuser un principe de base selon lequel les établissements ont une juste compensation de la production de soins à la fois par leur personnel mais aussi à travers l'utilisation des technologies. Ce serait une prime aux établissements les moins utiles et les moins performants. Là aussi l'immobilisme du gouvernement est étonnant. Il faut améliorer le système de tarification à la fois celui des séjours et celui des actes. Ainsi on connaîtrait plus finement l'activité réelle et on la rémunérerait de manière plus juste.

Atlantico : Quels seraient concrètement les pistes qu'il faudrait explorer pour que l'hôpital soit à la fois bénéficiaire et prodigue des soins de haut niveau à tous ?

Il s'agit d'un domaine où chacun doit faire preuve de responsabilité. C'est à dire s'interdire les faux semblants. L'hôpital public est là depuis des siècles, c'est une institution essentielle et résiliente qui aborde de profondes transformations liées à l'innovation continue,

un phénomène inconnu jusqu'à présent dans nos sociétés. Les appels à "sauver l'hôpital" sont les slogans de ceux qui ne veulent pas de changement. L'hôpital ne doit pas attendre un sauveur mais se libérer lui-même de ses travers et de la tutelle de l'état. L'État à l'hôpital décide de tout. Statuts, recrutements, nominations, stratégie, budgets, investissement et à travers son monopole de l'assurance maladie des tarifs. Pour autant sa tutelle est incohérente car une telle planification est impossible. On assiste par exemple à des complications bureaucratiques incessantes car les tarifs ne sont pas connus au premier janvier et plutôt en mars ou en plein été pour certains, ce qui conduit à des remboursements à la sécu si les tarifs sont finalement en baisse ou bien à un manque à gagner à aller chercher si ces tarifs sont actualisés à la hausse pour l'année en cours. C'est un monde que l'on ne peut ni imaginer ni qualifier de manière convenue d'orwellien car il est le résultat de la sédimentation réglementaire de l'administration centrale française depuis des décennies. C'est le monde du passé. Des ordonnances Juppé aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) l'état français n'a fait que resserrer sa tutelle en la complexifiant si bien qu'il y consacre des moyens importants sans résultat.

Le statut de l'hôpital et de ses employés

L'hôpital public s'enfièvre régulièrement alors que les hôpitaux privés commerciaux ou non ont un fonctionnement beaucoup plus efficient. C'est un fait. Il est totalement faux de considérer que c'est parce que l'hôpital public ne soignerait pas les mêmes malades, que l'hôpital public serait le seul à faire des urgences ou bien de l'enseignement. Ce sont des arguments fallacieux pour ne pas parler de l'efficacité. C'est donc bien son statut, son administration, son organisation qui sont en cause. Pour produire des soins de qualité l'hôpital doit fonctionner comme une entreprise de services de haute technologie. Et en plus comme les autres structures de soins il doit prendre en compte l'éthique du soin à des humains. L'un va avec l'autre, indissociablement. C'est pourquoi il faut que l'hôpital soit libéré de la tutelle de l'état et devienne un établissement de soins comme les autres. Un EPIC (Établissement Public Industriel et Commercial) par exemple avec quelques aménagements spécifiques mais sans statut d'exception. Son management doit être responsable des résultats de gestion et de la qualité de la production de soins. Il n'est pas nécessaire que les responsables administratifs soient formés à l'école de Rennes et il faut accélérer l'acceptation de la diversité dans ce corps figé. Comme cela se fait déjà, les CDI doivent remplacer les fonctionnaires territoriaux pour tous les emplois. C'est à dire pas uniquement les secrétaires médicales ou d'autres personnels en CDD itératifs pendant des années. Enfin le Conseil d'Administration (CA) doit être garant et responsable de la gestion et du bilan comptable. Ainsi certains maires ne feront plus cette surenchère électorale qui consiste à se prévaloir d'équipements qu'ils auraient "obtenus" alors qu'il n'y a ni suffisamment de patients à soigner ni médecin pour les faire fonctionner. Si le gouvernement ne change rien les mêmes causes produiront les mêmes effets, c'est ce qui se produit depuis un demi-siècle.

L'hôpital fait actuellement beaucoup trop de productions diverses

La qualité et la performance nécessitent de concentrer les activités et de déléguer ce qui n'est pas pertinent ou bien ce qui est insuffisant. Cela vaut pour les CHG et les CHU. Un exemple, dans les grandes régions nous avons des doublons de services universitaires qui sont extrêmement coûteux mais aussi générateurs de moindre qualité. C'est illégitime (les grandes régions ont été bâties pour rationaliser), c'est inefficace car la médecine de pointe nécessite des moyens importants et non pas du saupoudrage et c'est irrationnel car beaucoup de services n'ont pas le rayonnement ni le volume nécessaire. Les facultés de médecine doivent donc rationaliser leurs services formateurs et les financer correctement. Sur les activités ce n'est pas à l'état de faire ces choix mais aux équipes de gestion mises en pleine responsabilité par le nouveau statut d'EPIC.

L'hôpital n'arrive pas à recruter

Oui ceux que l'on appelle des mercenaires font tourner de nombreux services, radiologie, urgences, anesthésie... J'ai entendu sur les plateaux de télévision les incantations morales de certains au sujet de ces salaires bien trop élevés versés à ces remplaçants et leur démagogie en les comparant à ceux des infirmières. C'est un exemple type de faux semblant. En réalité l'hôpital public par idéologie refuse tout mécanisme de marché et c'est une des raisons de ses difficultés. Les salaires sont dé-corrélés de toute réalité économique, rente pour les uns sous évaluation pour les autres. L'égalitarisme détruit de l'emploi: salaire de misère à Paris mais acceptable en province périphérique compte tenu du coût de la vie. Ce que nous devons nous rappeler, c'est que la planification soviétique du numerus clausus nous a précipité dans cette situation de pénurie ce qui n'est pas le cas des infirmières. Alors, quand le monde parfait des tarifs rencontre la pénurie, les mécanismes de marché ré-apparaissent. Les médecins cliniciens, peu nombreux, ne travailleront plus à l'hôpital aux salaires actuels. Deux solutions: rétablir des mécanismes de fonctionnement normal comme le paiement à l'activité avec une part fixe d'environ 30% pour les obligations de garde ou bien contraindre par la force les jeunes médecins à exercer dans un cadre qu'ils n'ont pas choisi. Le gouvernement a botté en touche, ce qu'il annonce, baptisé amélioration des carrières pour tous les médecins, est un signe d'incapacité à décider. Là aussi il faut innover. Il est essentiel de permettre l'exercice à l'activité pour les médecins qui le souhaitent puisque c'est aussi le mode de rémunération de l'hôpital lorsqu'il facture les soins produits aux caisses. Ce mode d'activité est pratiqué dans de nombreux pays en Europe. Au contraire se lancer dans une croisade anti-mercenaire est un échec assuré pour l'hôpital même si cela fait plaisir aux caciques syndicaux. Cela aura une seule conséquence: aggraver la pénurie.

L'hôpital est asphyxié par la réglementation

Il ne faut jamais sous estimer les freins et les coûts de cette réglementation excessive qui ralentit l'hôpital dans son fonctionnement. Je ne trouve pas d'écho à cette situation dans les propositions du gouvernement. Ainsi la bureaucratisation ne peut reculer car l'excès de réglementation en est sinon une cause au moins une justification. Il suffit de comparer les effectifs de l'administration hospitalière y compris les cadres de soins à ceux des autres établissements pour comprendre qu'il y a dans ce back office des gisements d'amélioration. Afin de simplifier il suffit d'imposer à l'hôpital les mêmes contraintes que celles des autres établissements de soins opérant en France.

Les hôpitaux publics en difficulté doivent être réorganisés et c'est au Conseil d'Administration (CA) de prendre ses responsabilités comme aux ARS de le lui rappeler.

Il est vain d'attendre que le ministère et l'état gère chaque hôpital, car même dans un monde de parfaite égalité cela conduirait à ne pas prendre en compte les besoins, c'est à dire les clients des établissements de soins qui eux ont des situations fort différentes. On se demande aujourd'hui dans ces hôpitaux en difficulté qui commande, qui fixe le cap. C'est anormal. Trop de pouvoirs se sont en fait organisés en bastions d'opposition à toute gestion efficace. Or nous ne manquons pas d'excellents gestionnaires dans ce pays et il est étonnant que l'on ne fasse pas appel à eux pour ce faire. Ces décisions du CA peuvent être un changement de direction ou bien une

délégation de gestion à une société extérieure dans le but de présenter et d'effectuer un budget en excédent. Car c'est à partir d'un budget en excédent que l'établissement peut avoir une vision d'amélioration de ses services et des investissements d'avenir, pas avec des rallonges budgétaires de l'état pour boucher les "trous". Encore une fois les autres types d'établissement de soins y arrivent et souvent avec des tarifs inférieurs. Ces propositions sont parfaitement opérationnelles car elles sont à l'oeuvre en Europe, en Allemagne, en Hollande, en Suisse et dans d'autres pays. Ne rêvons pas si rien ne change nous récolterons de la dette tous les dix ans. Sauf que le stock de dette publique est devenu par sa taille le principal obstacle à la croissance et qu'il est insoutenable.

Les hôpitaux universitaires représentent un stock de dette important dans ce contexte même si cela n'a pas été rapporté en détails à ma connaissance.

Les CHU ont un talon d'Achille, leur taille qui produit une bureaucratie très excessive et coûteuse. La réduction de taille, la clarification des missions notamment dans le contexte des grandes régions mais aussi dans les activités académiques par rapport aux activités de soins sont des sujets que le gouvernement n'a pas abordés. Des décisions drastiques ne peuvent être retardées notamment pour les CHU ou certains de leurs services à faible activité.

Conclusion

Il est cohérent de s'interroger en conclusion sur deux sujets tabous mais complémentaires de ces pistes de changement à l'hôpital.

Le premier est celui du monopole de l'assurance maladie.

Ce monopole étatique dont la devanture a le joli nom de paritarisme est un véritable bunker anti-changement. Il ne faut pas le lui reprocher car tout monopole d'état ou privé conduit à l'immobilisme, la baisse de la qualité du service et la hausse des coûts. Ainsi cette institution qui a été essentielle au sortir de la deuxième guerre mondiale pour reconstruire un système de soins s'est transformée dans la société de l'innovation en générateur de pénurie. Les français comme d'autres européens méritent la concurrence.

Le deuxième est notre vision de l'avenir. Le passé ne reviendra pas. La médecine générale gratuite, engagée, disponible, totalement dévouée jusqu'au stakhanovisme c'est fini. Heureusement il y a l'innovation. La télémédecine où que vous soyez, les centres de soins dans les centres commerciaux où la prise de sang, le scanner et la consultation sont au même endroit avec en plus l'assistance du deep learning et de l'intelligence artificielle, la chirurgie non invasive en ambulatoire pour presque tous les organes, les greffes sans rejet, l'immunothérapie du cancer c'est maintenant. Il faut embarquer au lieu de regarder dans le rétroviseur.