

LE MENSUEL DE LA FONDATION iFRAP

SOCIÉTÉ CIVILE

Enquêter pour réformer N° 215

Sortir de la suradministration de la santé

LES SOLUTIONS

Septembre 2020 - 8 €



FONDATION POUR LA RECHERCHE
SUR LES ADMINISTRATIONS ET
LES POLITIQUES PUBLIQUES

Sortir de la suradministration de la santé : LES SOLUTIONS

9

L'épidémie de la Covid-19 a durement touché la France. Au-delà du nombre de décès que nous avons déploré, comme dans de nombreux pays, cette crise a mis en lumière l'organisation de notre système de santé et ses défaillances.

La France figure parmi les pays qui dépensent le plus au monde. Avec l'Allemagne, elle consacre la part du PIB la plus élevée pour sa santé en Europe : 11,2 % du PIB en dépenses publiques et privées. C'est nettement plus que la moyenne européenne (9,8 %, 2017) ou que la moyenne de l'OCDE (8,9 %, 2018).

Longtemps bercé par l'illusion d'avoir le système de santé le plus performant au monde, comme l'avait proclamé l'OMS au début des années 2000, notre pays a glissé petit à petit dans les classements de « qualité » des soins. Parmi les classements les plus connus, l'EHCI (Euro Health Consumer Index), la France y occupait la 1^{re} place en 2006, la 3^e place en 2007, la 10^e place en 2008 pour se stabiliser depuis 2015 à la 11^e place.

Que s'est-il passé ? Nous disposons certes d'un corps médical parmi les mieux formés et d'une recherche d'excellence dans le domaine de la santé, mais la performance d'un système de soins ne se résume pas à cela. Nos indicateurs sanitaires ne sont pas les meilleurs d'Europe traduisant notamment un défaut de prévention. Et l'accès à la médecine de ville (généralistes, spécialistes) reste encore difficile rendant le recours aux urgences hospitalières trop fréquent.

Paradoxalement la France a un système très encadré mais pas managé.

En sortie de crise, le gouvernement a lancé le Ségur de la santé, un cycle de discussion centré autour des revendications salariales à l'hôpital. Mais cet exercice qui devait aussi aboutir à « redonner de l'agilité au système de santé » s'est transformé en un énième plan de mesures autour de l'hôpital public.

Augmenter les salaires des infirmières ne suffira pas à résoudre la crise. Le mal-être persistera tant que les hôpitaux n'auront pas gagné en autonomie et responsabilité en alignant leur statut sur celui des hôpitaux privés non lucratifs et en s'attaquant à la rigidité du statut de la fonction publique hospitalière (FPH), qui empêche de moduler les carrières selon les besoins et les compétences.

Mais ce n'est pas tout. Il est tout aussi nécessaire de casser les logiques de silo et d'encourager les coopérations entre privé et public, entre médecine de ville, hôpital et Ehpad. Pour cela, c'est à la bureaucratie du système de soins qu'il faut s'attaquer.

- Le système de soins français : des dépenses administratives records de 5,6 % du total des dépenses de santé ;
- Un système de santé qui n'évalue pas la qualité des soins : un quart des actes de soins peu ou pas pertinents ;
- Un système hospitalo centré : la France consacre 15 milliards de plus que l'Allemagne, à population comparable, en dépenses hospitalières ;
- La fonction publique hospitalière : + 50 % depuis 1990, la France est le pays où la part des emplois hospitaliers dans l'emploi total est la plus élevée ;
- Nos propositions : un meilleur pilotage du système de santé grâce à des gains de productivité, une décentralisation accrue vers les régions, une véritable évaluation des soins grâce aux données de santé, plus d'autonomie et de responsabilité pour les hôpitaux publics. Au total 20 milliards € d'économies seraient possibles sur la dépense globale de santé.

HYPERCENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

10

1 Cet ensemble est un peu plus large que le concept utilisé en France de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui est plus proche des 203 milliards d'euros pour la France. C'est notamment l'ensemble que l'on retrouve dans les comptes nationaux de la santé. La classification d'Eurostat (« dépenses courantes de santé ») est plus large, outre la CSBM elle inclut les dépenses de prévention, les dépenses de gestion administrative du système, et les dépenses sociales qui s'apparentent au système de santé.

2 Source commission des comptes de la Sécurité sociale septembre 2019

3 Les coûts de gestion de l'assurance maladie, IGAS-IGF; janvier 2013

4 Palmarès des CPAM, 31 mars 2016, site Fondation iFRAP

5 La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019, Drees

Le système de soins est placé en France sous la responsabilité du ministère des solidarités et de la santé et de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), principal régime obligatoire d'assurance-maladie (à lui seul le régime général couvre 88 % de la population).

La dépense courante de santé¹ représente, en 2018, 275 milliards d'euros. 211 milliards sont financés par la Sécurité Sociale soit les ¾ de la dépense et 14 milliards par l'État et les collectivités (essentiellement recherche, prévention, formation) soit 5 % du total. Le reste est payé par les régimes complémentaires santé pour 35 milliards, soit un peu moins de 13 % du total, et les ménages enfin pour 15 milliards.

Dépense de gouvernance et administration des systèmes de santé et du financement en % du PIB - 2017

France	Allemagne	Suisse	Autriche	Pays-Bas	Belgique	Espagne	Danemark	Suède	Italie	Royaume-Uni
0,64	0,53	0,47	0,4	0,39	0,36	0,26	0,25	0,19	0,14	0,17

Source : Eurostat

Les seuls coûts de gestion de la branche maladie de la Sécurité sociale représentent 4,9 milliards d'euros en 2018². Cependant l'efficacité au sein de l'assurance-maladie obligatoire montre une grande variabilité. Le coût moyen de gestion par bénéficiaire oscillait de 1 à 5 entre les organismes en 2013 selon un rapport de l'IGAS-IGF³. Dans une note publiée en 2016⁴, la Fondation iFRAP avait pu montrer des disparités importantes entre caisses, avec des écarts allant de 47,50 € de coût de gestion par bénéficiaire à la CPAM de Nanterre à 72,70 € à la CPAM de Guéret, la plus coûteuse. Des disparités intra-régionales importantes étaient également apparues. Des données qui montrent qu'il est encore possible de tirer parti de l'informatisation et de la mutualisation.

Les complémentaires santé ne prenant en charge que 10 % des remboursements, ont des coûts de gestion, en pourcentage, naturellement plus élevés (10 à 20 % contre 1,3 % du montant

de la dépense courante de santé). La centralisation se manifeste donc par le financement effectué par la Sécurité sociale, payeur unique de la quasi-totalité des soins hospitaliers, et des soins de ville dans une moindre mesure car les organismes complémentaires y assurent une part plus prépondérante dans le financement des soins dentaires, optique et médicaments. À l'inverse de la Sécurité sociale, les organismes complémentaires, très nombreux (474), agissent sur une portion congrue de la dépense de santé.

Des dépenses administratives records

Ce système à double étage engendre des dépenses administratives élevées : 5,6 % en France et 4,6 % en Allemagne des dépenses totales de santé.

des prestations pour le régime général)⁵. Ce système à deux niveaux mais sans liberté s'avère être inutilement complexe et coûteux.

La maîtrise médicalisée (et très centralisée) des dépenses de santé

Bien que fondée sur un modèle bismarckien c'est-à-dire financée par des cotisations sociales, les partenaires sociaux n'ont pas véritablement voix au chapitre, puisque le directeur de l'assurance maladie est nommé par l'État et que les dépenses sont soumises à un objectif d'évolution, discuté devant le Parlement à l'occasion de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Une reprise en mains qui s'explique par les dérives de la gestion paritaire accumulant les déficits⁶ dans une dette sociale devenue considérable. Depuis la réforme de 1996, les dettes accumulées sont financées par la CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale) et par différentes taxes affectées. Une reprise en mains budgétaire qui se traduit

par une maîtrise « médicalisée » des dépenses. Il s'agit essentiellement d'actions menées par les pouvoirs publics dont l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté chaque année par le Parlement, et qui fixe le montant prévisionnel des dépenses d'assurance maladie, est le principal instrument. La convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'État et la CNAM pour une durée de quatre ans, complète ce pilotage du risque maladie.

Depuis plus de 20 ans, l'Ondam est passé de 90 milliards d'euros en 1997 à plus de

200 milliards d'euros pour 2019⁷.

Des finances sociales durablement dans le rouge

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), le déficit de la Sécurité sociale atteindrait 52 Md € en 2020. Un déficit qui s'expliquerait en partie par une hausse des dépenses d'assurance maladie de 8 Mds € et par les répercussions sur l'activité économique de la crise sanitaire. Mais ce brutal accident de parcours se situe dans un contexte de déficit récurrent :

Solde de la branche maladie de la Sécurité sociale en Mds euros courants

1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2020 (p)
-0.7	-2.1	-11.1	-8	-4.6	-10.6	-8.6	-6.8	-5.8	-4.9	-1.3	-7.2

Depuis 2010, le déficit de la branche maladie avait fortement diminué au prix de deux contraintes : un Ondam fortement encadré et une hausse des recettes.

L'Ondam, un outil inefficace

Premier poste des dépenses Ondam, les soins de ville représentent 91 Mds € devant les dépenses relatives aux établissements de santé (82,5 Mds €). Les soins de ville font l'objet de mesures de maîtrise médicalisée mais selon la Cour des comptes les effets sont limités puisque sur 760 M€ d'économies prévues initialement pour 2019, 376 M€ ont été réalisées, soit le plus faible taux de réalisation depuis 2005⁸. La maîtrise des soins passe par une baisse des prix imposée aux médicaments et une baisse ou un gel des tarifs imposés aux professionnels de santé.

L'autre levier pour respecter l'Ondam consiste à raboter l'objectif de dépenses des établissements hospitaliers ce qui conduit inévitablement à une frustration des personnels. Par ailleurs, l'Ondam est construit autour de sous objectifs dont chacun a un objectif d'évolution de dépenses, il ne permet pas de mettre en valeur d'éventuelles mutualisations.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, une mission a été consacrée à la réforme de son financement.

Le rapport publié en 2019 indique que le mode de régulation des dépenses d'assurance maladie ne permet pas d'agir sur les déterminants de l'accroissement des volumes, et notamment la pertinence des soins. Ainsi, une part significative (25 %) des actes et prestations de soins réalisés dans le système de santé apparaissent peu ou non pertinents. 30 % avait déclaré l'ancienne ministre de la Santé, Agnès Buzyn. Comme le montre un rapport du Sénat, le plan Ondam ne constitue pas l'outil de pilotage nécessaire à un renforcement de la pertinence. Le Sénat plaide pour associer les pairs et les sociétés savantes, et les professionnels à la démarche⁹.

Une importante bureaucratie

L'encadrement n'est pas seulement budgétaire : il se manifeste également par une multitude d'acteurs au niveau national dans le giron du ministère, aux rôles mal définis. Le site du ministère des affaires sociales s'appuie sur 14 directions nationales dont les puissantes directions générales de la santé, de la sécurité sociale, et de l'offre de soins. Le ministère s'appuie également sur de nombreux opérateurs, instances rattachées, et partenaires, compétents en matière de pilotage et d'évaluation du système sanitaire : citons entre autres l'agence

■ 6 En plus de ceux constatés dans la branche retraite

■ 7 Rapport d'information Sénat-mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale du 9 octobre 2019, sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par Catherine Deroche et René-Paul Savary

■ 8 En 2019, la Cour constate une stagnation des dépenses de médicaments et une accélération des autres postes en particulier les indemnités journalières, les honoraires des paramédicaux et des chirurgiens-dentistes, le transport de malades ou encore les dispositifs médicaux. Rapport juin 2020 Cour des comptes

■ 9 Rapport sénatorial sur la pertinence des soins dans le cadre de la CCSS de JM Vanlerenberghe, juillet 2017

nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico sociaux, l'agence technique d'information sur l'hospitalisation, etc.

En Allemagne, le ministre fédéral de la santé s'appuie sur une structure relativement légère de 750 employés. Il supervise 7 agences aux compétences clairement définies qui totalisent 4 560 emplois.

En aval, on trouve en France les 18 Agences

régionales de santé (ARS), représentants déconcentrés du ministère de la Santé et les 102 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui représentent l'assurance maladie. Mais cette déclinaison locale n'est pas en réalité une organisation décentralisée et les différents acteurs voient leur action pilotée depuis Paris. D'ailleurs, au sein des ministères sociaux, le secteur affaires sociales-santé représente le gros des effectifs « en centrale ».

Répartition 2016 par statut et service des personnels « en fonction » par périmètre du ministère des Affaires sociales

Service	Fonctionnaires		Contractuels		MAD		Total	
	Effectifs physiques		Effectifs physiques		Effectifs physiques		Effectifs physiques	
Secteur « Travail-emploi »	8 714	91 %	699	7 %	207	2 %	9 620	100 %
Administration centrale	811	70 %	274	24 %	75	6 %	1 160	12 %
Secteur « Affaires sociales-santé »	11 176	82 %	2 044	15 %	355	3 %	13 575	100 %
Administration centrale	1 942	71 %	642	23 %	161	6 %	2 745	20 %
D(R) JSCS-DDCS(PP)	3 540	89 %	242	6 %	177	4 %	3 959	29 %
Agences régionales de santé	5 694	83 %	1 160	17 %	17	0 %	6 871	51 %
Secteur « Jeunesse et sports »	3 081	98 %	57	2 %	4	0 %	3 142	100 %
Administration centrale	268	89 %	29	10 %	4	1 %	301	9 %

Et encore, ces éléments ne concernent-ils que le pilotage par l'État : c'est sans compter sur le pilote bis que constitue la CNAM. Avec ses 2 200 salariés dans son seul organisme de tête, et ses 70 000 salariés dans ses branches locales (la moitié des effectifs de la Sécurité sociale¹⁰), la CNAM joue un rôle considé-

nable dans la politique de santé française. Son influence est décisive sur la structure du système de soins français, négociant avec les médecins et les autres professionnels libéraux leurs tarifs, élément capital de l'attractivité des différents modes d'exercice de ces professions.

NUMÉRIQUE EN SANTÉ : UN RETARD CONSIDÉRABLE

Un levier qui doit permettre de transformer la bureaucratie sanitaire, de rapprocher les décisions du terrain et de baisser les coûts de gestion est l'utilisation renforcée du numérique en santé. L'écart est frappant entre une médecine française en évolution rapide et les décennies de retard dans la diffusion d'outils technologiques dès qu'ils remettent en question l'organisation du système.

Téléconsultation et télésurveillance

Avec la crise du coronavirus, les Français ont

compris de manière concrète ce que le numérique pouvait leur apporter. D'après l'assurance maladie, le nombre de téléconsultations a bondi à plus d'un million par mois au plus fort de la crise.

Plusieurs facteurs renforcent l'utilité de la téléconsultation au-delà des situations d'urgence : la multiplicité des spécialités médicales, des besoins très variables en fonction des épidémies, et des déplacements de population (tourisme), l'avantage pour les patients de ne pas avoir à se déplacer ou à déplacer le médecin

(personnes très âgées ou handicapées, EHPAD, déserts médicaux en province ou en banlieue). Enfin, les exigences des patients et les souhaits des médecins de travailler différemment.

À l'étranger et depuis des années, des pays vastes comme le Canada ou la Suède, utilisent ce service. Pour les médecins la téléconsultation constitue un changement majeur mais c'est surtout sur le plan médical que leur hésitation existe, justifiée par les risques d'erreurs. Pour les autorités, la crainte est de savoir comment contrôler ce nouveau service : que va-t-il se passer si chaque coup de téléphone à un médecin est facturé comme une consultation ? Une crainte légitime mais qui pose le problème de la faiblesse de l'évaluation du service actuel des consultations en cabinet. La grande majorité des médecins sont payées 25 euros en secteur 1, indépendamment de la qualité du médecin, de la complexité du problème à traiter et des résultats constatés. La téléconsultation doit être l'occasion de rénover le mode d'évaluation et de rémunération de toutes les consultations médicales.

Le numérique est également une opportunité pour le suivi à distance des malades chroniques. Cinq domaines sont actuellement soutenus par la CNAM (diabète, insuffisances cardiaques, respiratoire et rénale, prothèses cardiaques), mais cela reste faible par rapport à la vingtaine de millions de personnes concernées par les maladies chroniques.

Que ce soit en ville ou à l'hôpital, la téléconsultation et la télésurveillance suppose une nouvelle organisation, avec des dossiers médicaux accessibles et des pools de médecins en nombre suffisant pour assurer une permanence 24/24.

Dossier médical personnel (DMP) électronique

Les espoirs mis dans le DMP décidé en 2004 étaient considérables : il avait vocation à être parcouru par tout personnel de santé, et donc de faciliter le travail et l'efficacité des soins. Avantages qui n'ont pas convaincu « *Le DMP actuellement, c'est un peu une coquille vide* »,

expliquait à l'Assemblée nationale, le député Cyrille Isaac-Sibille : « *Il est conçu comme un coffre-fort fourre-tout et illisible où s'accumulent sans ordre des documents de santé.* » En 2020, selon l'Assemblée nationale, 9,3 millions de dossiers médicaux partagés (DMP) ont été ouverts en France. On reste loin de l'objectif de 40 millions de dossiers créés en 2022. L'Assurance maladie promet un DMP 2.0 en 2021 et assure que les objectifs de déploiement pourront alors être dépassés. Un engagement sans doute atteignable, l'ouverture du DMP devenant automatique. Mais qui ne dit rien du taux d'utilisation, actuellement quasi nul par les Français et par les professionnels. Cette annonce devra par ailleurs se coordonner avec « l'espace numérique de santé » ou le dossier pharmaceutique... Un Dossier Médical Personnel performant constituerait un bouleversement de la pratique médicale et une promesse d'économies considérables. En évitant les doublons d'exams mais surtout en améliorant la rapidité et la fiabilité des diagnostics et des traitements décidés.

Données de santé

Aujourd'hui, le système de santé français est riche en données mais pauvre en informations. L'Assurance maladie possède des données liées à la facturation mais ne sait rien de la qualité d'une prise en charge médicale. À cela s'ajoute une multitude d'acteurs publics ayant compétence sur la digitalisation du système et une superposition des dispositifs.

Le Ségur de la santé a ajouté un volet numérique en promettant 2 milliards d'euros, mais concrètement la CNAM ne se donne pas les moyens de devenir un acteur majeur dans le domaine. Le programme de recherche financé à Polytechnique n'emploie qu'une dizaine de personnes. Après 7 ans dont 4 consacrés à la mise en forme « médicale » des énormes fichiers « comptables » de la CNAM, le Professeur Bacry s'estime prêt à faire des recherches concrètes sur les causalités entre des maladies survenues et des traitements passés, mais devrait pouvoir employer dix fois

plus de chercheurs¹¹. L'analyse des données de santé fournirait des moyens d'évaluation objectifs des résultats des traitements (médicaments, soins, interventions, prothèses)

réalisés en conditions réelles, depuis des dizaines d'années, et sur des millions de patients.

LA FAUSSE DÉCENTRALISATION : LA TERRITORIALISATION

Marqué par un fort centralisme, le système de santé a subi à partir des années quatre-vingt-dix, un mouvement de déconcentration pour lutter contre les inégalités territoriales tout en maîtrisant les dépenses. En 1996, les agences régionales d'hospitalisation sont créées qui deviennent en 2009 les agences régionales de santé chargées de coordonner l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Ce sont des établissements publics, autonomes, dont le directeur général est nommé en Conseil des ministres et qui dispose de larges compétences. Leur travail est coordonné par le conseil national de pilotage (CNP) des ARS qui fixe leurs objectifs, la gestion de leurs moyens financiers et humains. Le lien avec le ministère reste donc très fort.

Aux côtés du directeur, le Conseil de surveillance est présidé par le préfet de région, ce qui illustre là aussi la tutelle de l'État. Ce conseil approuve le compte financier mais émet seulement un avis sur le projet régional de santé. Idem en ce qui concerne son financement, qui est assuré par une subvention de l'État et des contributions de l'assurance-maladie. Si des subventions régionales abondent certaines de ses actions, les collectivités restent encore trop peu associées. « C'est un service déconcentré de l'État sans autonomie ni pouvoir » confirmait JM Bockel¹², auditionné au Sénat : un échelon clef de la bureaucratie, perçu comme handicapant le travail des professionnels de santé durant la crise sanitaire.

Concrètement, les ARS assurent une régulation économique et territoriale dans différents domaines : autorisation de création des établissements, contrôle de leur fonctionnement et de l'allocation de leurs ressources.

Pour effectuer ces choix, l'ARS se trouve au carrefour des intérêts des populations et de leurs élus locaux, des responsables des établissements de soins publics et privés, des syndicats de personnels, des professionnels de santé libéraux, et des responsables politiques nationaux, ce qui provoque parfois de fortes oppositions. Ces tensions se sont particulièrement manifestées à l'occasion de fermeture de maternités ou de services de chirurgie, mais aussi pour les créations ou suppressions de lits ou les attributions d'IRM.

En l'absence de règles claires, tous les intéressés sont en position de faire jouer leurs réseaux d'influence. La proximité entre les directeurs des ARS, et ceux des hôpitaux, renforce les soupçons de favoritisme des ARS envers leurs collègues. D'après Frédéric Bizard, économiste de la santé, pour les ARS il ne s'agit pas de gérer l'offre de soins au niveau local mais plutôt d'appliquer les directives de l'État central. L'État se sert de cet outil pour s'assurer que l'hôpital reste en dehors du champ concurrentiel¹³. C'est ce qui s'est produit à l'hôpital de Longué-Jumelles où tous les protagonistes locaux s'étaient accordés pour que l'établissement devienne privé avant que la ministre ne tranche en décidant qu'il demeurerait public¹⁴.

La santé : une compétence limitée des régions en comparaison de la situation allemande

Contrairement à d'autres régions d'Europe, les régions françaises n'ont pas la compétence santé et leurs dépenses à ce titre représentaient 50 millions d'euros en investissement et 150 millions pour le fonctionnement en 2018. En volume, l'engagement des régions, était donc, jusqu'à cet épisode

■ 10 Rapport emploi Uncanss 2017

■ 11 À titre de comparaison, Siemens vient de racheter pour 14 milliards d'euros la société Varian spécialisée dans les technologies d'intelligence artificielle, d'apprentissage automatique et d'analyse de données pour améliorer le traitement du cancer.

■ 12 Audition Sénat

■ 13 Politique de santé, réussir le changement, F. Bizard, Dunod

■ 14 Non-privatisation de l'hôpital : les élus locaux mécontents, La gazette des communes, 8 novembre 2019

de la Covid-19, relativement modeste. La situation est très différente en Allemagne où les décisions en matière de santé sont partagées entre les régions (*Länder*), le gouvernement fédéral et les organisations professionnelles légales. Tous ces acteurs du système de santé allemand sont impliqués dans le financement et la prestation des soins de santé couverts par les régimes légaux d'assurance¹⁵.

La régulation de l'offre de soins est assurée au niveau des *Länder*, en ce qui concerne la médecine de ville où les associations de caisses maladie, déterminent le nombre des médecins en ville par région et par spécialisation.

Les gouvernements des « *Länder* » (les ministères de la Santé des « *Länder* ») ont aussi la responsabilité de la structure hospitalière. Ils disposent d'un droit de regard sur la qualité de la gestion des hôpitaux dès lors que leur activité pourrait être mise en péril et peuvent décider de mesures de redressement financier, pouvant aller à la délégation de gestion d'un hôpital public à une structure privée. La tendance allemande est actuellement aux regroupements d'hôpitaux en vue de constituer des structures plus adaptées aux territoires, qu'il s'agisse des plateaux techniques, des laboratoires d'analyse ou bien encore des moyens dédiés à la recherche.

Les *Länder* financent les investissements des hôpitaux¹⁶. Dans le dernier rapport sur les politiques de la santé de l'OCDE, il est indiqué que l'Allemagne consacre plus de 1 % de son PIB aux dépenses d'investissement dans le secteur de la santé en 2017, loin devant la France (0,6 %). Les dépenses d'investissement représentent 5 % des dépenses de santé en France, 10 % en Allemagne.

Afin de coordonner les administrations sanitaires, les ministres des *Länder* se réunissent régulièrement au sein de la « Conférence des Ministres de la Santé » tandis qu'un groupe de travail des fonctionnaires sanitaires des *Länder* regroupe les directeurs de santé dans les ministères des *Länder* et coordonne le

travail au niveau technique. Le ministère fédéral de la santé est représenté dans les deux comités. L'écart est grand entre les modèles d'organisation de la santé français et allemand mais l'expérience récente montre que les conseils régionaux pourraient monter en puissance au sein des ARS. C'est d'ailleurs un rôle qu'elles revendiquent (elles ont obtenu deux places au conseil de surveillance au lieu d'une). La participation des collectivités pourrait s'étendre à l'investissement dans le secteur hospitalier mais il existe une défiance à l'égard des pouvoirs locaux : que ceux-ci soient soumis à une forte pression pour maintenir en l'état un hôpital vétuste et préserver des emplois. Cette difficulté pourrait être mise à plat en transférant les budgets correspondants et en rendant responsables les exécutifs locaux du financement de la carte hospitalière. Les régions pourraient également travailler avec l'ARS à la définition d'un service de régulation entre les urgences et la médecine de ville dans certains territoires pour assurer une continuité de la prise en charge.

L'organisation territoriale de la continuité des soins

C'est ce qu'a souhaité créer la loi de 2019 instaurant une offre hospitalière de proximité ouverte sur la ville. Elle a créé pour cela les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour rompre l'isolement des professionnels de santé et rapprocher médecine de ville et hôpital en le déchargeant l'hôpital des urgences non vitales, et enfin pour améliorer le parcours de soins et la prévention. Mais la validation de ce processus est marquée par une lourdeur bureaucratique : les professionnels souhaitant mettre en œuvre une telle structure devront définir un projet territorial de santé validé par l'ARS.

L'expérimentation (Paerpa) pour les personnes âgées montre que les résultats ont été très modestes. De nombreux progrès restent à faire.

■ 15 Le système de santé en Allemagne, site du Cleiss

■ 16 Les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, Cour des comptes, septembre 2015

UN SYSTÈME HOSPITALO-CENTRÉ

16

Selon la classification par fonction des dépenses de santé proposée par l'OCDE, les dépenses hospitalières représentaient 28 % des dépenses de santé en Allemagne contre 38 % en France. La forte centralisation du

système de santé français a consacré au fil des réformes la place de l'hôpital public et conforté le statut de la fonction publique hospitalière rendant l'édifice de plus en plus difficile à réformer.

Le poids des dépenses hospitalières en France

Chiffres 2017	Allemagne	France	Différence Fr/All (dépense allemande rapportée à la population française)
Dépenses de santé courantes en % de PIB	11,2	11,3	-
Dépenses de santé courantes milliards d'euros	369	260	L'Allemagne dépense 38,3 milliards de plus
Dépenses de santé consacrées à l'hôpital en % du PIB	3,2	4,3	L'Allemagne dépense 1,7 point de PIB de moins
Dépenses hospitalières Mds euros	104,4	99,4	L'Allemagne dépense 15 milliards de moins

Pour rendre souple, dynamique et performant le système de santé français très hospitalo-centré, l'action doit se concentrer d'abord sur les rigidités des hôpitaux publics et le manque de mécanismes de régulation. Ces organismes complexes employant plus d'un million de personnes et disposant de recettes totales de plus de 80 milliards d'euros par an¹⁷ doivent plus que jamais se transformer face à l'inertie créée par le poids des procédures administratives.

Statut des personnels

Les dépenses de personnel des établissements publics représentent 47 milliards d'euros en 2017. Une partie de la crise récurrente des

hôpitaux publics provient du carcan statutaire de la fonction publique hospitalière. Le poids du statut se traduit tout d'abord dans les effectifs à l'hôpital : La fonction publique hospitalière (FPH) emploie 1,168 million d'agents, soit 22 % de l'emploi public : La filière soignante est logiquement largement majoritaire : elle représente 70,3 % du personnel non médical des hôpitaux. Dans cette filière, les effectifs les plus nombreux appartiennent aux corps des infirmiers (32 %), des aides soignants (32 %). Entre 1998 et 2017, la fonction publique hospitalière a crû de 30 % : c'est moins que la fonction publique territoriale mais plus que l'ensemble de la fonction publique (20 %)¹⁸.

Les dépenses publiques hospitalières en 2017 (en % du PIB) – Eurostat

Danemark	France	Suisse	Suède	Royaume-Uni	Italie	Espagne	Belgique	Grèce	Pays-Bas	Allemagne
4,48	4,37	4,34	4,15	4,03	3,87	3,77	3,55	3,46	3,41	3,19

La France est le pays où la part des emplois hospitaliers dans l'emploi total est la plus élevée : 5 % et où plus du tiers de ces effectifs sont des agents administratifs, techniques ou de services alors que ce pourcentage se situe plutôt autour de 25 % en Espagne, en Allemagne ou en Italie.

Deuxième élément du statut : le temps de travail. Selon la DGAFP, la fonction publique

hospitalière a une durée effective du travail pour un temps complet qui se situe à 1 598 heures¹⁹. Dans une publication un peu ancienne le temps de travail des infirmières en France semble se situer en dessous du temps de travail pratiqué dans d'autres pays européens. Différents blogs infirmiers attestent, d'ailleurs, d'un écart de temps de travail qui persiste si on compare par exemple avec l'Allemagne²⁰.

■ 17 Drees, les établissements de santé édition 2020

■ 18 Rapport DGAFP 2020

■ 19 La durée annuelle effective inclut toutes les heures travaillées dans l'emploi principal lors d'une semaine de référence, y compris les heures supplémentaires rémunérées ou non

Personnel employé à l'hôpital en % de l'emploi total 2018 – Eurostat

Danemark	France	Suisse	Suède	Royaume-Uni	Italie	Espagne	Belgique	Grèce	Pays-Bas	Allemagne
4,59 %	5,02 %	5,07 %	n,d	4,96 %	2,81 %	3,10 %	4,24 %	2,69 %	3,48 %	3,44 %

17

Tableau comparatif sur une base 100, définie ici pour la France

	Allemagne	Belgique	Danemark	Espagne	France	Italie	Norvège	Suède	Suisse	Royaume-Uni	
Moyenne horaire annuelle travaillée – source EIRO 2004	1 656,6 h	1 748 h	1 620,6 h	1 747,2 h	1 575 h	1 672 h	1 695 h	1676,2 h	Nc	1 685 h	
Infirmière	Privé	97	111	167	93	100	91	167	153	196	113
	Public	104	113	161	124	100	100	161	137	188	110
Infirmière spécialisée bloc opératoire	Privé	110	102	194	101	100	87	194	172	214	104
	Public	110	100	170	119	100	87	170	141	214	104

Critères retenus :

- Rémunération annuelle brute du secteur privé et du secteur public,
- Pour un jeune diplômé (moins d'un an d'ancienneté),
- Hors primes de nuit, dimanche, jours fériés travaillés, etc.

■ 20 Voir notamment le blog "Aurélié, infirmière française expatriée en Allemagne"

■ 21 Ségur de la santé : l'organisation des 35 heures à l'hôpital va être assouplie, Les Echos 10 juillet

■ 22 Chiffres OCDE 2018 - Note rapport OCDE 2015 : « La rémunération du personnel infirmier correspond au revenu annuel brut moyen, qui comprend les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Elle inclut normalement tous les gains additionnels légaux tels que les primes et le paiement des gardes de nuit et des heures supplémentaires. »

Pour Olivier Véran, il y a une incohérence à « *maintenir les 35 heures alors que certains, pour gagner plus, travaillent en dehors en toute illégalité* ? » Le recours aux heures supplémentaires va être encouragé dans le cadre du Ségur qui permettra de travailler plus, mais au coup par coup. Les établissements aimeraient pouvoir y recourir plus souvent. Les salariés volontaires pourraient négocier avec leur direction un volant d'heures supplémentaires et les établissements pourraient également décider de bonifier ces heures déjà majorées²¹.

Troisième effet du statut : les salaires. Le Ségur de la santé a voulu s'attaquer aux revendications salariales des personnels soignants, au premier rang desquels les infirmières. Cette décision s'appuie sur des comparaisons internationales qui montrent que le revenu annuel brut moyen des infirmières à l'hôpital est de 42 400 dollars (en parité de pouvoir d'achat) en France contre 49 000 USD pour l'OCDE, 53 900 dollars pour l'Allemagne ou encore 56 300 dollars en Espagne²².

Des chiffres très défavorables à la France mais qui doivent prendre en compte tous les éléments en jeu. D'abord la différence de

richesse entre les pays. Ainsi l'écart de rémunérations entre une infirmière française et une allemande est de 21 % mais il y a déjà un écart de PIB par tête de 12 %. L'écart de temps de travail : si le temps de travail des infirmières en France est de 32 à 35 heures, plus des heures supplémentaires éventuelles, et de 38 à 40 heures en Allemagne, avec aussi des possibilités d'heures supplémentaires, cela correspond à un supplément logique de 5 à 14 % des salaires allemands. Enfin, ces comparaisons doivent se faire en tenant compte du coût complet c'est-à-dire, au-delà des charges sociales payées par le salarié et parfois de l'impôt sur le revenu, en tenant compte des charges patronales. Pour les infirmières elles sont de 21,6 % (chiffres du Cor), soit un surcoût de 5 % par rapport au privé en France. En Allemagne le taux de cotisation employeur obligatoire est seulement de 10 %, complété éventuellement par une cotisation à une assurance complémentaire de 3 %.

Enfin il faut évoquer le partage des tâches qui peut être plus ou moins motivant selon les pays entre les médecins et les infirmières expérimentées, et l'organisation des services

qui encourage les infirmières et où leur travail y est mieux reconnu. Olivier Véran a admis que les perspectives de carrière des infirmières « n'étaient pas peut-être pas enthousiasmantes », ce qui se comprend quand on regarde la grille qui enserre leur avancement et leur salaire, avec des écarts infimes entre les personnes les plus compétentes et les moins impliquées. Les rigidités statutaires ont également une autre conséquence : le fait qu'une pratique en exercice libéral ou privé permette d'obtenir des revenus supérieurs et amène à des difficultés de recrutement. À travail, horaire et responsabilité équivalentes, les infirmières en clinique privée ne sont pas mieux rémunérées qu'à l'hôpital, mais elles se peuvent voir plus rapidement reconnue leur qualification, indépendamment de leur ancienneté. De leur côté,

des infirmières libérales peuvent finement moduler leurs revenus en fonction de leurs horaires et des contraintes qu'elles acceptent. Notons enfin que dans sa publication « portrait des professionnels de santé »²³ la DREES indique que les salaires nets sont assez élevés dans le public, comparés au privé, à but lucratif ou non, pour les professions techniques et administratives (par exemple 25 200 euros par an en 2012 pour les professions intermédiaires administratives et techniques dans le public contre 23 800 dans le privé à but lucratif). La rigidité des statuts est généralement reconvenue comme un sérieux handicap pour les hôpitaux publics. L'idée d'introduire de la souplesse sans remettre en cause les statuts a souvent été proposée, mais sans jamais donner de résultats.

Martin Hirsch, directeur de l'AP-HP

« Avant, la différenciation salariale était un tabou ; aujourd'hui, c'est une demande assumée, y compris dans cette maison. Nos hôpitaux en Seine-Saint-Denis ont du mal à recruter car il n'y a pas d'incitation : il faut donner des marges de manœuvre aux chefs d'établissement. Le seul levier aujourd'hui, ce sont des primes d'entrée de carrière. »

Frédéric Valletoux, président de la FHF (*)

« L'organisation d'un CHU ne peut pas être la même que celle d'un groupe hospitalier de taille moyenne. Reconnaissons-le ! Il peut y avoir des principes nationaux, et des accords locaux qui aménagent la durée légale du temps de travail, dans le respect du dialogue social. »

(*) : Fédération hospitalière de France, représentant les hôpitaux publics

Nombre de lits

Une autre manifestation de la place accordée à l'hôpital en France est l'attachement des élus locaux et des syndicats hospitaliers au nombre de lits qui reste un totem pour le secteur hospitalier. Hors période de pandémie, le nombre optimum de lits est contraint par des facteurs qui évoluent en sens contraire : une augmentation de la population en France et particulièrement de la population âgée plus fortement demandeuse en soins, et dans le même temps un développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile. À titre d'exemple, pour les accouchements, la durée moyenne d'hospitalisation (tous

établissements confondus) était de 5,5 jours en 2003 et de 4,6 jours en 2016, soit une baisse de 16 %. Les baisses sont encore plus fortes pour d'autres interventions comme la prothèse de la hanche où la durée d'hospitalisation est passée en moyenne de deux à une semaine en vingt ans. En parallèle, de plus en plus de chimiothérapies sont réalisées à domicile. Comme l'écrit le Professeur Argenson des hôpitaux de Marseille : « Parce qu'on est mieux chez soi qu'à l'hôpital, réduire le temps d'hospitalisation du patient pour son confort fait partie des préoccupations de l'AP-HM. » Sur ce dernier point, la France est très en retard par rapport à d'autres pays comparables. Dans

plusieurs pays étrangers, cela se traduit par une division par deux ou trois des durées de

séjour à l'hôpital, et donc du nombre de lits nécessaires.

	Nombre de lits pour 100 000 hab.	Dont lits de soins intensifs /100 000 hab.	Dont lits publics /100 000 hab.	Dont lits privés et non-profit /100 000 hab.	Personnel hospitalier ETP /100 000 hab.	Médecins hospitaliers ETP/ 100 000 hab.	Emplois à l'hôpital/lit
Allemagne	800	600	326	475	1 213	205	2,06
France	598	300	368	230	1 750	196	3,33

Source : Eurostat

Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants

	France	Allemagne	Israël	Chine	Italie	Japon	Corée	Singapour	Espagne	Suède	Suisse
2013	6,5	8,3	3,1	4,2	3,4	13,4	10,3	2,1	3,0	2,6	4,7
2000	8,2	9,1	3,7	-	4,7	-	-	-	3,7	3,6	6,3

Source : OMS données 2012 ou 2013

Cette question recouvre une autre difficulté, à savoir la gestion des lits, que ce soit à l'hôpital même où le rôle de « bed manager » souvent décidé par les ministres est rarement effectif sur le terrain, ou vers l'aval, pour trouver une place où transférer les personnes une fois traitées et qui n'ont plus rien à faire à l'hôpital, qu'il s'agisse de centres de soins de suite (rééducation) ou d'EPHAD. La crise sanitaire a remis cette question en avant : nos 6 lits d'hospitalisation pour 1 000 habitants contre les 8 en Allemagne sont devenus le signe et la cause de notre médiocre performance face à la Covid-19. Mais les comparaisons internationales sur le sujet sont incertaines : des pays comptent les lits d'hôpitaux au sens strict, d'autres y ajoutent les lits de soins de suite. On a vu avec à la Covid-19 que des lits d'une classe peuvent être transformés en une autre classe en cas de besoin²⁴. Partout, des services classiques d'hospitalisation et des cliniques se sont transformés pour offrir des lits de soins intensifs. Des transferts de malades ont aussi été programmés, bien qu'ils aient été critiqués par les pompiers²⁵.

Cet attachement des syndicats aux « lits », notion d'ailleurs réductrice par rapport à celle de poste de soins renvoie à la règle établie où le nombre d'infirmières est directement proportionnel au nombre de lits. Une règle

qui ne devrait plus être valide en 2020 avec le développement des soins ambulatoires et à domicile, et qui n'est plus adaptée aux différences entre services (médecine chronique ou chirurgie). Le Ségur de la Santé a « réglé » ce problème en introduisant un volume de 4 000 lits à la demande en fonction de la saisonnalité des hospitalisations.

Mode de gouvernance

À ces difficultés statutaires, s'ajoutent des problèmes de gouvernance interne des hôpitaux, résultant d'une confusion entre le rôle médical essentiel des médecins, et leur rôle hiérarchique. Un problème finalement assez connu dans le monde de l'entreprise (compagnies aériennes, banques, monde audiovisuel...). Mais dans les hôpitaux, la tension reste vive entre le directeur nommé par le gouvernement et le médecin « chef » élu par ses pairs. Et chaque nouvelle loi santé est contrainte de revenir sur les modes de nomination. Ce problème a été souligné par Martin Hirsch, directeur général des 39 hôpitaux de l'AP-HP : « Une particularité française : le clivage entretenu entre pouvoir médical et pouvoir administratif. » Il propose donc de faire nommer un vrai et unique directeur, médecin ou pas. C'est la bonne solution qui suppose que des médecins s'impliquent

■ 24 En Gironde, on comptait 183 lits de réanimation mais rapidement le nombre de lits a été adapté, le CHU de Bordeaux annonçant par exemple avoir dégagé 300 lits équipés de respirateur (à ce jour 90 patients étaient en réanimation pour le département de Gironde, pour un pic autour de 102/103 semaine du 11 avril).

■ 25 « Était-il efficace de faire faire des centaines de kilomètres aux victimes, alors que souvent il y avait de la place dans la clinique d'en face ? » cite Le Parisien.

dans le management, et de s'ouvrir vers un recrutement de directeurs plus divers, ayant acquis d'autres expériences, plus animateurs que contrôleurs, disposant de plus de latitude vis-à-vis du ministère, et mieux rémunérés. Au niveau des services hospitaliers, cellule de base des hôpitaux, la tension est similaire, les médecins se plaignent de dépendre de toute une bureaucratie qui les ralentit. Alors que le prestige et l'autorité du médecin chef de service étaient incontestables, la montée en puissance de la filière "administrateur du service" et de celle de "cadre de santé du service" qui organise les soins du service, sans dépendre du médecin chef de service, rend la situation plus floue²⁶.

De même, la création en 2005 de pôles regroupant plusieurs services aurait supposé de leur confier un pouvoir fort d'animation des différents services. Mais dans de nombreux hôpitaux, la création des pôles a été faite de façon purement formelle et a contribué à rallonger les lignes hiérarchiques au moment où toutes les organisations les raccourcissaient. À Paris, l'AP-HP a eu d'abord 183 pôles, puis 128, et vient de se réorganiser en 78 « Départements médicaux universitaires ».

Cette énième réforme souligne la nécessité de laisser le conseil de surveillance choisir (en accord avec le directeur) l'organisation interne qu'il estime la meilleure pour l'hôpital dont il est responsable.

Le rôle du conseil de surveillance, privé du rôle de nomination du directeur de l'hôpital, et du médecin à la tête de la Commission médicale d'établissement, reste effacé. Rien à voir avec les hôpitaux privés (ex. Hôpital Foch de Suresnes, Hôpital Lenval de Nice, Institut Mutualiste Montsouris de Paris) où le conseil d'administration, composé très majoritairement de personnalités indépendantes soucieuses de la réputation et de la survie de leur établissement à taille humaine, est beaucoup plus orienté vers sa performance. Une évolution qui doit concerner en priorité les très grandes structures comme l'AP-HP à Paris, ou l'AP-HM à Marseille.

Vers une plus grande spécialisation

Avec 29 Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) et 54 Centres hospitaliers universitaires (CHU) la France est dotée d'un fin maillage d'hôpitaux de pointe. Une situation en principe positive pour les malades qui peuvent être soignés près de chez eux, et pour les finances de l'assurance maladie, les soins dans les hôpitaux des villes moyennes étant moins coûteux que ceux réalisés dans les CHU des très grandes villes. Mais dans son rapport de novembre 2018, la Cour des comptes constate que la très grande majorité des actes réalisés par les CHU sont en réalité des actes classiques de CH, effectués à des coûts élevés de CHU. Une situation qui plaide pour une plus grande spécialisation des différents établissements de soins, prévue par la loi Ma Santé 2020 qui table sur la création de 400 à 600 établissements de proximité afin de désengorger les grands hôpitaux, et souhaite y favoriser le partenariat public/privé. Une tendance à laquelle s'opposent les élus locaux et les personnels des hôpitaux qui plaident pour des CHU ayant le plus de services de pointe possible, tout en assurant le plus possible de soins classiques. En 2012, l'IGAS avait montré que les centres de chirurgie cardiaque d'Ile de France étaient trop nombreux et réalisaient beaucoup moins d'actes que leurs équivalents anglais et allemands.

Mode de financement

Pour tenter de faire bouger l'hôpital, plusieurs pays comme la France, sont passés de la pratique du budget global attribué chaque année à chaque hôpital à la tarification à l'activité. La France avait aussi inclus le nombre de journées d'hospitalisation, encourageant les hôpitaux à garder leurs malades le plus longtemps possible. Selon Philippe Jamain, ex-directeur de l'hôpital de Valenciennes : « *Beaucoup de professionnels souhaitent revenir au budget global d'il y a trente ans. Ce serait un grand bond en arrière. Car c'est une prime aux puissants qui ont leurs entrées au ministère pour négocié.* »

■ 26 : Voir le rapport Claris commandé par Olivier Véran

En 2007, quand la France a décidé de passer à la T2A, les responsables de la mission T2A, étaient soutenues par l'ensemble des responsables politiques et par la FHF représentant les hôpitaux publics. Elles disposaient de très nombreux modèles dans le monde entier (Australie, Allemagne, en plus de celui des cliniques privées françaises financées depuis toujours à l'activité). La T2A mise en place de façon progressive dans les hôpitaux publics n'a jamais financé plus de 70 % du budget des hôpitaux, des budgets spéciaux soutenant des besoins spéciaux. Une subvention est par exemple prévue pour financer les services d'urgences qui doivent fonctionner 24/24. Comme dans tous les pays, les tarifs de la T2A française sont fixés par groupes de patients homogènes, évitant les distorsions liées aux types de populations (âge, niveau social) soignées par différents hôpitaux. Avec environ 3 000 prix, les tarifs applicables sont très détaillés, permettant aux médecins d'appliquer le traitement qu'ils estiment nécessaire, sans considération de sa rentabilité.

Ce système n'est pas parfait. Les opposants à la T2A mettent en avant le risque de voir les soignants être tentés 1) de surcoter les actes qu'ils réalisent, 2) pire, de réaliser des actes inutiles, ou 3) de choisir les actes les plus rentables. L'éthique de l'immense majorité des soignants et les contrôles rendent ces dérives très rares. Le combat contre le financement des hôpitaux en fonction de leur activité témoigne de la réticence de certains personnels hospitaliers devant les besoins de mesure et d'évaluation.

Les opposants à la T2A se plaignent aussi de la charge de travail administratif créée par ce mode de financement. Mais en 2008, la mission parlementaire signalait des écarts de 40 % entre les coûts de différents hôpitaux publics, et des écarts de 1 à 1,8 dans la productivité moyenne des salles d'opération entre les hôpitaux publics et les cliniques privées (Philippe Burnel). Elle soulignait aussi que la T2A avait enfin contraint de

nombreux hôpitaux à mettre en place une comptabilité analytique dont ils ne disposaient pas auparavant, le directeur du syndicat des directeurs d'hôpitaux (Gérard Vincent, FHF) regrettant « *la lenteur avec laquelle les hôpitaux la mettent en place* ».

L'alternative que constituerait le financement des soins en fonction de *parcours de soins* globaux et non plus d'actes ponctuels est séduisant. Mais n'éviterait pas les risques de surcotation/opération inutile/choix du soin le plus rentable, ni la nécessité d'enregistrer les actes effectués. En pratique, la tarification au parcours de soins pose de tels problèmes de répartition des responsabilités et des coûts entre les différents intervenants qu'elle reste un sujet d'étude. Une solution serait peut-être de distinguer deux types de soins : les soins lourds et complexes où le financement reposerait essentiellement sur des « forfaits » et les soins plus simples (chirurgie, obstétrique) où le financement continuerait à reposer sur la T2A.

Une situation financière catastrophique

Conséquence de ce qui a été décrit ci-dessus, le contexte financier est sinistré pour certains hôpitaux publics : d'après la Drees, le déficit global s'établirait (d'après les données provisoires des comptes financiers) à 567 millions d'euros en 2018²⁷. Près de six établissements sur dix sont déficitaires même si l'essentiel (50 %) de ce déficit est imputable à près de 50 établissements. Et le niveau des dettes accumulées (30 milliards d'euros) est inquiétant. Une dette qui avait augmenté de 40 % ces dix dernières années. En novembre dernier, Agnès Buzyn et Edouard Philippe ont annoncé un plan de reprise de dette de 10 milliards d'euros pour les hôpitaux publics.

La question de l'endettement des hôpitaux est un sujet important d'une part parce que les intérêts pèsent sur la situation financière des hôpitaux : ils représentent 850 millions d'euros chaque année. Et l'emballement de la dette ces dernières années avec les plans

■ 27 Drees, les établissements de santé en 2020

« Hôpital 2007 », puis « Hôpital 2012 », est un véritable cercle vicieux, qui pèse sur les capacités d'investissement.

22

Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics en % des ressources stables²⁸

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble	46,0	47,4	48,7	49,6	49,9	50,2	50,6	51,5	51,6	51,7

Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics en % des recettes

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble	10,1 %	9,4 %	8,5 %	7,9 %	7,1 %	6,6 %	5,8 %	5,2 %	5,0 %	4,6 %

À partir des données collectées sur la plateforme Hospi-Diag, nous avons évalué la situation financière des trente centres hospitaliers universitaires (CHU) de métropole et d'outre-mer. Ces éléments montrent qu'il existe des écarts de performance importants entre établissements pourvus de caractéristiques

communes. Par exemple, les CHU de Lille et Toulouse sont contraints par leur niveau d'endettement, mais, d'une taille comparable, le CHU de Bordeaux se trouve dans une situation financière plus confortable. Preuve s'il en est qu'il existe des écarts de gestion qui doivent être corrigés.

REMETTRE DE LA PERFORMANCE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ : DÉADMINISTRER - DÉCENTRALISER - RESPONSABILISER

Le Ségur de la santé a manqué le coche

Le Ségur de la Santé, confié à l'ancienne patronne de la CFDT Nicole Notat, devait tracer l'avenir du système de santé en moins de 50 jours. C'est surtout la question salariale qui a focalisé l'attention.

Une enveloppe de 8,2 milliards d'euros a été mise sur la table pour les salaires, qui s'ajoute aux 13 milliards de reprise de dette des hôpitaux. Sur les salaires, le ministre de la Santé a jugé « *considérable* » l'effort consenti : « *c'est 40 fois plus que les revalorisations annuelles des salaires à l'hôpital opérées par le précédent gouvernement* », a-t-il souligné, rappelant qu'une infirmière pourra gagner plus de 450 euros par mois²⁹. Le protocole d'accord prévoit également un volet sur l'emploi, avec 15 000 embauches dans les établissements publics.

Le Ségur a abordé également d'autres enjeux : la dette, le financement de 4 000 lits mobiles « à la demande », le plafonnement de la

rémunération des médecins intérimaires ou encore une révision de la tarification à l'activité dans le financement des hôpitaux.

Enfin le ministre de la Santé a promis de « *déconcentrer les décisions d'investissement dans la santé* » et de renforcer les agences régionales de santé (ARS) au niveau départemental.

Mettre fin à l'irresponsabilité illimitée

Au regard des constats dressés dans cette étude, ces propositions nous semblent insuffisantes à transformer notre système de santé coûteux et dépassé parce que centralisé et corporatiste. Les soins pratiqués en France sont de qualité mondiale parce que les professionnels de santé se confrontent en permanence à ce qui se fait de mieux au monde, à la fois par intérêt professionnel et pour rester concurrentiels. Mais on n'a jamais vu un déversement de milliards résoudre des problèmes structurels. Pire, ce flux d'argent risque d'endormir pour un temps encore les signaux d'alarme et de

²⁸ les ressources stables sont la somme des capitaux propres et des dettes financières

²⁹ En cumulant les 183 euros nets de revalorisation, la révision des grilles et les nouveaux forfaits d'heures supplémentaires

repousser encore les réformes indispensables. Les écarts de performance entre hôpitaux sont considérables et ne peuvent souvent s'expliquer ni par leur taille ni par leur région. En cas de problèmes, un nouveau « plan de retour à l'équilibre » est aussitôt défini, financé par des subventions exceptionnelles, en attendant la reprise des dettes par l'État.

Face au véritable dilemme de « *comment conserver un établissement de soins indispensable tout en repartant sur une base saine ?* », des pays étrangers ont prévu de déléguer la gestion des hôpitaux malades à des associations, fondations ou chaînes de cliniques. En Suède même à Stockholm, et en Allemagne même pour un CHU. Des choix qui n'ont pas été remis en cause par des alternances politiques.

Établissements de soins privés et publics

Entre hospitalisation publique et privée, un mécanisme automatique vertueux favoriserait le plus performant, pour encourager les deux à s'améliorer. Mais ni le mécanisme de fixation des tarifs ou d'attribution des subventions, ni celui d'autorisation des services ou des équipements, ni celui d'affectation des internes, ni celui d'entrée des malades transportés par le SAMU, ne respectent la parité. Et même pendant la crise de la Covid-19, de graves retards à l'allumage ont été mis en évidence pour assurer un équilibre public/privé³⁰. En cause, des réflexes malgré des consignes passées par les ARS : un phénomène s'explique par l'organisation des soins puisque la majorité des lits de réanimation sont dans les hôpitaux publics. Mais la crise de la Covid-19 a montré aussi qu'il était possible d'accélérer les choses, par exemple sur des ouvertures de lits. Un changement qui pourrait se pérenniser si les décisions sont décentralisées et si les ARS ne sont plus exclusivement centrées sur l'hôpital.

Assureurs-Payeurs

Dans tous les domaines, les clients font progresser les offres en choisissant le produit

ou un service le plus performant. Dans le domaine de la santé, les assurés et les malades jouent mal ce rôle, tant le fossé de compétences est considérable entre eux et le système de soins. Pourtant, améliorer la qualité des soins, remotiver les acteurs et ramener le niveau des dépenses dans la moyenne européenne est urgent et faisable, 20 à 30 % des actes médicaux étant inutiles, voire nuisibles, d'après Agnès Buzyn et Olivier Véran. L'État et ses agences se limitent à fixer des normes et à vérifier qu'elles sont respectées, beaucoup plus qu'à évaluer des résultats et à dynamiser le système.

Reste le payeur qui doit s'assurer de la qualité et du coût des prestations. C'est la Sécurité sociale (CNAM) qui aurait dû jouer ce rôle à la place du malade, et s'inquiéter depuis longtemps de ce qu'elle finance. Mais de nombreux scandales sanitaires montrent que la CNAM, qui pouvait lire dans ses fichiers de données de santé, de fortes évolutions de prescriptions, les soins inappropriés ou les écarts étonnants de fréquences de chirurgies entre départements (ex. appendicite, cataracte,) s'est contentée d'être un payeur rapide à défaut d'un acheteur de soins impliqué.

Les 400 assureurs complémentaires santé ignorant ce qu'ils prennent en charge, peuvent difficilement faire mieux que la CNAM, étant rapidement bloqués dans leurs initiatives (téléconsultations, conseils d'orientation vers des professionnels, prévention). Une situation qui plaide pour la mise en concurrence régulée de la CNAM avec d'autres assureurs au premier euro, mutuelles ou assureurs, comme c'est le cas en Allemagne et aux Pays-Bas. Des pays qui ne dépensent pas plus que la France, dont le système de santé n'est pas en déficit, et où la qualité des soins est reconnue.

Plus complexe à mettre en place, la responsabilisation des patients est un chantier qu'il faudra aussi reprendre avec le faible niveau de reste à charge en France, sa baisse constante, et l'extension des prises en charge

■ 30 coronavirus : ces lits qui restent vides dans les cliniques, *Les Echos*, 19 mars 2020

à 100 %. Combien de crises faudra-t-il subir pour que nos dirigeants aient le courage d'en finir avec les pis-aller actuels : des taxes pour couvrir les déficits, des mutations

de directeurs d'hôpitaux, une inflation des procédures et des organigrammes, des annulations de dettes et de nouvelles subventions en échange de plans de retour à l'équilibre.

PROPOSITIONS iFRAP

Pilotage du système de santé : baisse d'effectifs, mutualisations, productivité

■ Ramener les dépenses administratives dans la moyenne européenne : entre 1 et 2 Mds € d'économies, notamment dans la branche maladie de la Sécurité sociale; viser des standards de coûts de gestion par bénéficiaire. Cela passerait par le regroupement des plus petites CPAM et la poursuite des réductions d'effectifs;

■ Revoir les objectifs chiffrés en la matière de la convention d'objectifs et de gestion : en 2011, la Cour des comptes dénonçait déjà « la faible ambition des objectifs fixés dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) » des organismes de Sécurité sociale. Les objectifs de la COG 2018-2022 consacrent une économie représentant une baisse de seulement 4,1 %, des frais de fonctionnement;

■ Diminuer les effectifs du ministère de la Santé en centrale en réexaminant le rôle des nombreuses directions et agences.

Passer à une vraie logique d'évaluation des soins

■ Diminuer la part des actes et prestations de soins qui apparaissent (entre 25 % et 30 % des actes) peu ou pas pertinents. Sur 200 milliards de l'Ondam, une baisse de 5 % des soins liés à une meilleure évaluation de la pertinence représente tout de même 10 milliards d'euros d'économies. L'ouverture des données de santé et le digital permettra certainement d'y parvenir;

■ Encourager les recommandations par les pairs et les sociétés savantes;

■ Sur l'ensemble des solutions e-santé, l'Institut Montaigne, dans une note récente, a

estimée entre 16 et 22 milliards € les gains d'efficacité potentiels.

Décentraliser : donner plus de pouvoir aux exécutifs régionaux dans les ARS

■ Donner plus de pouvoirs aux régions en matière de définition sur les projets régionaux de santé. Cela permettrait par exemple aux régions de dire ce qu'elles envisagent en matière de télémédecine pour aller plus loin dans la lutte contre les déserts médicaux, éventuellement avec des règles de prise en charge par l'assurance-maladie différenciées entre régions;

■ Les régions pourraient également travailler avec l'ARS à la définition d'un service de régulation entre les urgences et la médecine de ville;

■ En matière de définition de la carte hospitalière, transférer l'établissement de la carte hospitalière et les budgets investissements hospitaliers aux régions (à l'instar de ce qu'elles font pour les lycées) avec les ressources correspondantes;

■ Donner plus d'autonomie aux ARS et les rapprocher des exécutifs régionaux.

Hôpital

15 milliards : c'est ce que la France dépense en plus par rapport à l'Allemagne pour ses dépenses hospitalières. Et pourtant le secteur hospitalier semble perpétuellement en crise. Notre proposition? Libérer l'hôpital public de son carcan et rééquilibrer les flux entre médecine de ville et hôpital.

■ Cela passe par la fin du statut dans la fonction publique hospitalière : ce qui devrait permettre une meilleure valorisation des carrières, une meilleure organisation des équipes sans que le système ne se crispe autour des

35 heures. Cela signifie aussi alléger les équipes non soignantes (administratif, technique) rapportées au personnel de l'hôpital et revoir les lignes hiérarchiques trop lourdes et complexes. Il serait possible de procéder comme on l'a fait chez France Télécom en ouvrant les nouveaux recrutements sous contrat de droit privé et en offrant un droit d'option au personnel en place.

■ Revoir le fonctionnement de l'hôpital en continuant à investir dans le développement de l'ambulatoire. Renforcer la coopération avec le privé, développer la chirurgie de pointe, mutualiser les plateaux techniques.

■ Revoir le statut des hôpitaux publics et évoluer vers un statut privé à but non lucratif et revenir à des structures à taille humaine.

Concrètement, il s'agirait de transformer les hôpitaux publics en établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), qui assurent des missions de service public et sont financés de la même façon que les établissements publics, mais sont gérés par une

personne morale de droit privé, souvent une fondation. « *Ce modèle donne aux établissements la liberté de s'organiser comme ils le veulent sans dépendre de règles ministérielles, sans passer par des tas de commissions et procédures. Le directeur, le conseil d'administration et les médecins, décident ensemble de l'organisation, y compris des rémunérations. Ils ne sont pas dépendants d'une grille de la fonction publique ! Les soignants peuvent être mieux rémunérés, dans le cadre d'un contrat négocié, en fonction des performances de l'établissement* »³¹.

■ Enfin il ne paraît pas souhaitable de revenir en arrière sur la T2A qui est un mécanisme qui favorise le plus performant et conduit le système dans son ensemble à s'améliorer. Mais pour que ce mécanisme ne se transforme pas en une course aux nombres d'actes, envisager une distinction entre soins lourds et soins classiques. De plus, il faut un contrôle par le payeur de l'ensemble des soins : contrôle de la pertinence, contrôle de l'activité, etc.

Plan à 5 ans

Objectif	Moyens	Baisse des dépenses en Md €
Améliorer la productivité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Télémédecine ■ Spécialisation des hôpitaux ■ Suppression du statut de la fonction publique ■ Autonomie des hôpitaux ■ Chirurgie et soins ambulatoires ■ Hospitalisation à domicile 	5
Réduire les soins inutiles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dossier médical informatisé ■ Exploitation des données de santé ■ Suivi par les assureurs au premier euro 	8
Réduire les coûts de gestion	<ul style="list-style-type: none"> ■ Optimisation des CPAM et des assureurs délégués ■ Décentralisation et réduction des effectifs des centres non opérationnels (Ministère, ARS, direction des groupements d'hôpitaux, CNAM) ■ Diminution du nombre d'assureurs santé 	3
Baisse des coûts	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aligement des tarifs sur les mieux disant à qualité égale 	2
Services aux patients	<ul style="list-style-type: none"> ■ Publication des évaluations qualité/coût des services ■ Prévention personnalisée sur demande par les assureurs 	2

■ 31 Déclaration de Gérard Vincent et Guy Collet, respectivement ancien délégué général et ancien conseiller en stratégie de la Fédération des hôpitaux de France (FHF) au Figaro en mai 2020