

Crise des hôpitaux.

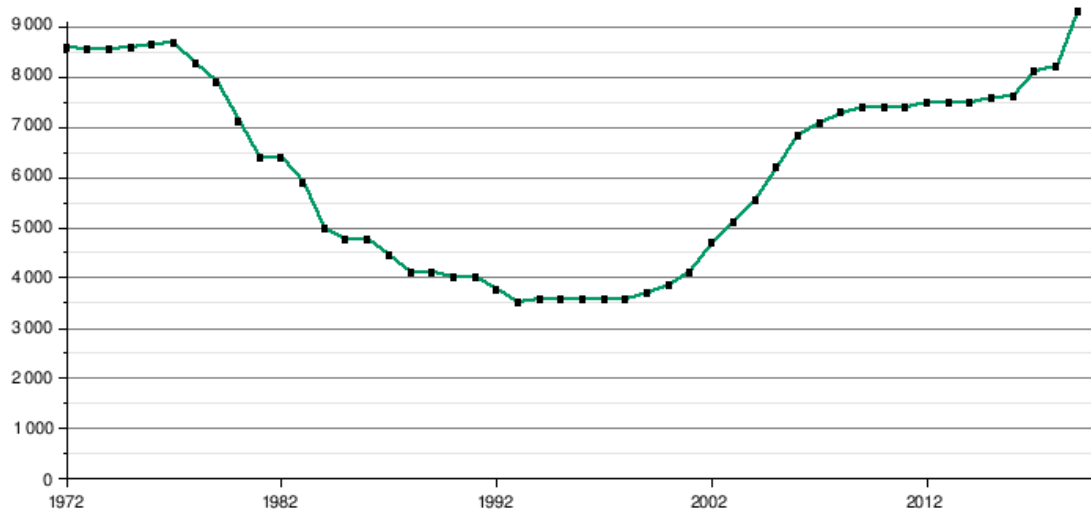
Atlantico. Jacques Bichot. 11/01/2020

<https://www.atlantico.fr/decryptage/3585897/demission-en-masse-de-medecins-hospitaliers--mais-au-fait-comment-font-les-autres-pays-developpes-qui-echappent-a-la-crise-de-nerfs-permanente-a-la-francaise--jacques-bichot->

1/ Que pouvez-vous nous dire sur le mode de fonctionnement des hôpitaux en France ? Est-il responsable de la dette grandissante de ses établissements ainsi que des autres problèmes énoncés au-dessus (pas assez de personnels médicaux, pas assez de médecins, pas assez de matériels médicaux, le problème lié aux salaires trop bas) ?

Les erreurs commises depuis des décennies se sont accumulées. Il y eut en particulier les décisions relatives au *numerus clausus* pour les études médicales : le graphique ci-dessous montre que de plus de 8 500 places au début des années 1970 nos dirigeants sont descendus à 4 000 et même 3 500 au début des années 1990, avant de remonter à partir de 2002. Si cette sottise n'avait pas été commise, la France disposerait aujourd'hui d'environ 80 000 médecins de plus : il n'y aurait ni difficulté pour avoir un RV chez un généraliste ou un spécialiste, ni « mission impossible » pour les services d'urgence hospitalière. Il est proprement renversant que nos dirigeants aient commis une telle erreur de jugement alors que la population française, de 40 millions à la Libération, n'a cessé d'augmenter pour arriver actuellement à 67 millions. D'autant que cet accroissement, d'abord imputable à une forte natalité, a ensuite été principalement le fait du vieillissement : ignorait-on, Avenue de Ségur (le siège des ministères « sociaux »), que les « vieux » requièrent davantage de soins ? Et que les progrès de la médecine permettent de soigner davantage ?

Évolution du *numerus clausus* annuel en médecine depuis 1972



Bien entendu, les médecins se répartissent entre les hôpitaux et la médecine « de ville ». Mais quand il n'y a pas de RV avant quinze jours chez le généraliste, et pas avant 3 mois chez le spécialiste, que fait-on ? On prend son courage à deux mains et on va faire la queue à l'hôpital. Le « service public » est une notion bien ancrée dans l'esprit des Français, qui pensent donc majoritairement que l'hôpital doit les accueillir si la médecine libérale sature.

Or, que faisaient les pouvoirs publics ? Le mot d'ordre était « suppression de lits », comme si la seule existence des lits coûtait cher. Les Agences régionales de santé (ARS), établissements publics chargés de faire appliquer localement la politique de santé édictée par le ministère et par le Parlement, ne semblent pas avoir brillé par leur intelligence : il paraît plus probable qu'elles se soient développées

en conformité avec la logique paperassière et routinière qui caractérise trop souvent l'administration. Aujourd'hui on découvre que s'il y avait des lits en nombre suffisant, on pourrait traiter plus correctement les afflux aux urgences, au lieu de laisser les malheureux malades ou accidentés attendre des heures sur un brancard. Mais l'administration procède par mots d'ordre reflétant des conceptions souvent inadéquates telles que la prise en compte exclusive des prix moyens. Si vous calculez le prix moyen d'un lit alors qu'il y a pénurie, donc occupation des lits à 100 %, le coût moyen par lit est élevé, et pour faire des économies les ARS disent de fermer des lits ... ce qui a comme résultat de consacrer beaucoup du temps précieux du personnel à jongler avec la pénurie. Plus de dépenses pour des résultats moins bons, tel est trop souvent le résultat d'un état d'esprit désespérément primaire en matière de gestion.

Il s'en suit inévitablement une productivité moins bonne que si le personnel disposait d'équipements suffisants. Et comme c'est la haute productivité qui est la clé d'accès aux bons salaires, les personnels ne sont pas très bien payés. Ils ont un sentiment amer qui ne contribue pas à l'accroissement de la productivité ni à la bonne qualité du travail. Si l'on cherche pourquoi l'hôpital public a le spleen et ne donne pas toujours satisfaction, regardons du côté de la gestion très bureaucratique des ARS, et des hôpitaux par voie de conséquence.

2 / Que pouvez-vous nous dire sur le mode de fonctionnement des autres hôpitaux dans les pays voisins (où le seuil de développement est le même) ? Est-il meilleur ? Devrions-nous prendre exemple sur eux ? ou trouver notre propre mode de fonctionnement ?

Il ne faut pas penser qu'ailleurs cela va forcément mieux qu'en France. Aux Etats-Unis l'hospitalisation est très onéreuse et la santé publique, malgré des dépenses par habitant supérieures à celles de la France, n'est pas meilleure. La médecine française, de ville et hospitalière, financée principalement par la sécurité sociale, présente un rapport résultats sur coûts qui n'est pas déshonorant. Les pays scandinaves semblent avoir de bons résultats sans coûts délirants, c'est peut-être de leur côté qu'il faudrait aller chercher des idées – sans pour autant faire du copier-coller, car les hôpitaux français ont leurs qualités et leurs traditions sont souvent efficaces.

Et nous avons aussi à regarder, en interne, ce qui se passe dans les hôpitaux privés faisant partie du service public, établissements souvent d'origine religieuse : je crois savoir que, dans pas mal de domaines, ils font au moins aussi bien pour moins cher – mais pour en dire plus, il faudrait creuser la question.

3 / Comment peut-on régler la dette des hôpitaux en France et les autres problèmes (salaire, manque de personnels médicaux, manque de matériels médicaux) ? Que doit-on changer absolument pour maintenir un équilibre dans les domaines qui posent problème au sein de nos hôpitaux ?

Que les hôpitaux soient endettés n'est pas, en soi, un problème : la plupart des entreprises le sont. La question est d'avoir un financement comportant suffisamment de fonds propres, un rapport convenable entre le capital au sens large (y compris les réserves) et les emprunts. Les pouvoirs publics ont trop l'habitude de compter sur l'emprunt, parce que ce qui dépend d'eux risque peu de faire faillite : tant que les finances de l'Etat ne sont pas au fond du gouffre, sa capacité d'emprunt lui permet de venir au secours de ses satellites. C'est à la fois commode et dangereux.

Les cliniques, qui sont parfois des hôpitaux privés ayant une taille comparable à celle de certains hôpitaux publics, ont un capital, et cherchent à faire des bénéfices, ce qui, comme pour toute entreprise, permet deux choses : verser un dividende, et investir. L'hôpital public pourrait s'en inspirer dans une certaine mesure. Réfléchir à la façon de rendre la population, et particulièrement le personnel hospitalier, actionnaire des hôpitaux, ne serait pas inutile.

Le financement des hôpitaux a connu plusieurs changements. Initialement, de la Libération jusqu'en 1981, l'hôpital percevait de la sécurité sociale des « prix de journée ». Ces prix ne correspondaient pas toujours à la réalité, aussi est-on passé en 1981 au « budget global » : cette fois la somme allouée correspond en principe aux dépenses effectuées, et non à des forfaits comme les prix de journée. Depuis 2005, ce budget global a cédé la place à la Tarification à l'activité (T2A), qui permet en principe une meilleure adéquation entre la facturation et l'activité : une appendicectomie se facture tant, une prothèse de la hanche tant, etc. Cela a donné lieu à tout un système de surveillance par *la Délégation nationale à la lutte contre la fraude*, organisme qui procède à des vérifications : l'hôpital n'aurait-il pas facturé un acte un peu différent, comportant un tarif plus élevé ? Cette T2A mobilise beaucoup d'énergie, et n'est pas très bien vécue par le personnel, tant médical qu'administratif, de l'hôpital.

Sachant que le budget de l'hôpital a atteint 82 Md€ en 2019, soit 3,4 % d'un PIB d'environ 2400 Md€, on conçoit que les pouvoirs publics se sentent concernés. Toutefois, le financement est assuré, en quasi-totalité, par la sécurité sociale. La question se pose donc de savoir si le problème budgétaire des hôpitaux doit être traité au niveau du ministère ou à celui de la direction générale de l'assurance maladie. Il y a un vrai problème de partage des responsabilités entre l'Etat et la sécurité sociale.

Actuellement, les pouvoirs publics veulent avoir la main, ce que traduit bien la production annuelle d'une loi budgétaire pour la sécurité sociale. Mais est-ce la bonne méthode ? *Qui trop embrasse mal étreint*, dit la sagesse des nations. A trop vouloir diriger le domaine hospitalier, et plus généralement tout ce qui relève de la sécurité sociale, l'Etat ne présume-t-il pas de ses forces ? Quand on voit la façon dont il s'est embourbé dans la réforme des retraites, il est difficile de ne pas se demander si le problème numéro 1 de l'hôpital, en France, n'est pas d'être sous la coupe d'une instance qui veut nettement plus qu'elle ne peut.