

# Aspects financiers à l'hôpital

## Financial Aspects in the Hospital

Frédéric Bizard

*Professeur d'économie - ESCP Europe - Paris.*

### Résumé

L'organisation de notre système de santé au XXème siècle a largement été influencée par le modèle hospitalo-universitaire créé par les trois ordonnances Debré de 1958. C'est encore le cas aujourd'hui. Le changement radical de l'environnement sanitaire depuis 30 ans et l'absence de restructuration de l'institution hospitalière à la hauteur de ce changement ont plongé cette dernière dans une crise profonde de plusieurs natures : sociales, managériales et financières. Malgré l'état dégradé des finances publiques, la sortie de crise est à portée de main tant les transformations nécessaires sont davantage d'ordre qualitatif que quantitatif. Le frein au changement se situe principalement au niveau de la haute fonction publique qui guide le pouvoir politique et non l'inverse comme cela devrait être le cas.

### Mots clés

- ◆ Hôpital
- ◆ Gouvernance
- ◆ Modes de paiement
- ◆ Conseil de surveillance
- ◆ ARS
- ◆ GHT
- ◆ DGOS
- ◆ Autonomie de gestion
- ◆ Territorialisme
- ◆ Décentralisation
- ◆ Attractivité
- ◆ Formation
- ◆ Qualité des soins

### Abstract

The organization of our health system in the 20th century was largely influenced by the hospital-university model created by the three Debré ordinances of 1958. It is still the case today. The radical change in the health environment over the past 30 years and the lack of restructuring of the hospital institution at the height of this change have plunged the latter into a deep crisis of several kinds: social, managerial and financial. Despite the deteriorated state of public finances, the way out of the crisis is within reach, as the necessary transformations are more qualitative than quantitative. The necessary brake lies mainly at the level of the senior civil service which guides the political power and not the other way around as it should be the case.

### Keywords

- ◆ Hospital
- ◆ Governance
- ◆ Payment methods
- ◆ Supervisory Board
- ◆ ARS
- ◆ GHT
- ◆ DGOS
- ◆ Management autonomy
- ◆ Territorialism
- ◆ Decentralization
- ◆ Attractiveness
- ◆ Training
- ◆ Quality of care

### Correspondance

*Frédéric Bizard*

*Professeur d'économie - ESCP Europe - Paris*

*Membre Libre de l'Académie Nationale de Chirurgie*

*E-mail : [contract@fredericbizard.com](mailto:contract@fredericbizard.com)*

L'organisation de notre système de santé au XXème siècle a largement été influencée par le modèle hospitalo-universitaire créé par les trois ordonnances Debré de 1958 (1). Le changement radical de l'environnement sanitaire depuis 30 ans et l'absence de restructuration de l'institution hospitalière à la hauteur de ce changement ont plongé cette dernière dans une crise profonde de plusieurs natures : sociales, managériales (2) et financières. Nous verrons le diagnostic de cette crise, ses causes et les solutions pour la régler.

## La triple crise de l'hôpital

### Crise sociale

Le personnel hospitalier connaît, dans son ensemble, un malaise social grandissant et un sentiment de désenchantement profond par rapport à la mission de service public qu'il s'attache à remplir avec force et conviction. S'il a le sentiment qu'il fait un travail utile et intéressant (87 %), il considère qu'il manque de temps pour l'accomplir (67 %) et qu'il n'est pas reconnu à sa juste valeur (79 %) (3). Des indicateurs comme des taux d'absentéisme élevés (23 jours par an, soit 40 % de plus que dans le privé), des suicides récurrents du personnel hospitalier de tout grade (4), un taux de vacance élevé (30 % en 2017 des postes de praticiens hospitaliers selon la FHF : Fédération Hospitalière de France), et une rémunération relativement faible (0,94 du salaire moyen vs 1,14 en moyenne dans l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) (5) pour les infirmières salariées) démontrent un climat social profondément dégradé.

L'hôpital souffre d'un problème croissant d'attractivité pour les professionnels de santé, qui impacte la qualité des soins perçue par la population (6). Ce malaise social conduit inévitablement à une érosion de la confiance du personnel et des patients envers l'institution.

### Crise financière

Malgré deux plans d'investissement hôpital 2007 et 2012, les hôpitaux publics connaissent une dégradation sensible de leur équilibre financier. Après un résultat comptable quasiment à l'équilibre en 2011, le secteur a vu sa situation financière se dégrader sans cesse, avec un déficit record en 2017 de 890 millions d'euros (avec un tiers des hôpitaux en endettement excessif) et une dette qui atteint 30 milliards d'euros contre 10 milliards d'euros en 2007. Les investissements sont en baisse (4,1 milliards d'euros en 2016 contre plus de 6 milliards d'euros entre 2008 et 2011), et la capacité d'autofinancement ne cesse de chuter.

### Crise managériale et de gouvernance

Le malaise social croissant s'accompagne d'un management technocratique et hiérarchique, basé exclusivement sur des indicateurs financiers et éloigné des réalités médicales, des activités de soins et des besoins des patients. Le renforcement incessant des règles administratives et financières imposées au personnel soignant contribue à la perte de sens et participe au malaise social. Les réformes hospitalières de ces deux dernières décennies portant sur le mode de financement (T2A), la gouvernance interne (HPST : hôpital, patients, santé, territoires) et la gouvernance territoriale (GHT : Groupements hospitaliers de territoire) ont été de ce point de vue des échecs, tant dans leur conception que dans leur exécution.

Ces réformes ont conduit à un sentiment largement partagé par le personnel d'un environnement de soins déshumanisé, régi avant tout par des règles comptables. La mise en place des 35 heures par un accord en 2002 (20 jours de RTT (Réduction du temps de travail) par an par PH (praticien hospitalier) (7) s'est globalement traduite par une tension accrue au travail ainsi que par l'accumulation de jours de RTT non pris, que les établissements doivent payer aux employés, avec un retard important. Les 35 heures ont généré une grande difficulté à piloter les temps soignants sur une activité de 24h/24.

L'omniprésence de l'État par l'intermédiaire d'une administration aveuglée par la dimension normative et coercitive dans le processus décisionnel est un échec dont il faut savoir tirer les leçons. Cela a d'ailleurs aggravé le fossé entre le personnel administratif et les soignants, qui sont trop souvent opposés. La promotion d'un travail en équipe et d'une répartition des rôles dans le respect de chacun, dans le but de répondre aux besoins de santé de la population, est indispensable. On en est bien souvent très éloigné à l'hôpital public.

L'omniprésence de la sémantique financière a envahi l'espace public, mais le manque de moyens, souvent évoqué par les acteurs hospitaliers, ne peut expliquer à lui seul cet état de crise. La France consacre 32 % de l'ensemble des dépenses de santé à l'hôpital contre 29 % en moyenne dans l'OCDE, soit 10 % de plus de la part des dépenses totales de santé que les autres pays développés. La densité de lits de 6,3 pour mille habitants est 32 % plus élevée que la moyenne.

Pourtant, le personnel hospitalier vit au quotidien dans une pression maximale d'économies à réaliser, de rémunérations peu incitatives et d'un outil de travail dont la qualité se dégrade. Tout ceci montre que, en dépit d'un volume financier considérable mobilisé pour les hôpitaux publics, la régulation par l'État basée sur les injonctions paradoxales et la dictature des indicateurs est contre-productive et mène l'hôpital à une impasse, dont les conséquences se sont aggravées ces dernières années. Il faut en tirer les leçons.

## Des causes de la crise internes et externes à l'hôpital

La crise hospitalière a des causes à la fois internes et externes à l'institution. Il est fondamental de comprendre cette double nature pour pouvoir la résoudre. En interne, l'hôpital souffre d'une gouvernance et d'une organisation managériale inadaptée qui conduit à des tensions sociales croissantes. L'hôpital est aussi victime de modèles organisationnels qui ne sont plus en phase avec les activités dominantes actuelles et futures (le virage ambulatoire en est un exemple parmi d'autres).

En externe, c'est la place de l'hôpital et plus encore celle du système de santé dans la société qui doit être repensée à travers ses missions et son interaction avec les autres acteurs. La triple transition démographique, épidémiologique et technologique du début du XXI<sup>ème</sup> siècle a rebattu les cartes des enjeux en santé.

Le vieillissement s'est considérablement accéléré à la fin des années 2000 (jusqu'à la fin des années 2025). Si c'est un des bienfaits du progrès médical et social, il impose une politique du bien vieillir efficace pour maîtriser les dépenses de santé et améliorer le bien-être de la population. Pour le moment, la France n'a pas pris ce virage si on en croit par le fait que 100% de l'allongement de l'espérance de vie depuis 2100 se fait en mauvaise santé.

La transition épidémiologique se traduit par un allongement du risque santé, dominé par les pathologies chroniques. L'hôpital n'est plus le carrefour de la prise en charge de ces patients mais un lieu de recours au cours d'un parcours. Cette

médecine de parcours exige une approche territoriale, dans laquelle l'hôpital s'intègre au même titre que les autres secteurs du soin.

Enfin, la transition technologique (digitale, biotechnologique, génomique, IA) est source de gains de productivité, d'amélioration de la prise en charge des patients mais aussi de déshospitalisation des systèmes de santé par le virage ambulatoire. Alors que l'hôpital public a été un haut lieu d'innovation au XX<sup>ème</sup> siècle, ce virage technologique du début du XXI<sup>ème</sup> siècle reste à faire.

## Sans refondation systémique point de salut

La crise de l'hôpital, dans notre modèle sanitaire hospitalo-centré a entraîné tout le système dans l'abîme. Sortir de l'hospitalo-centrisme tout en redonnant tout son lustre à l'hôpital public nécessite une refonte globale de notre système de santé, ce qui explique l'échec des dernières réformes menées. C'est ce qui explique aussi pourquoi le Ségur de la santé, avec ses plus de 8 milliards d'euros supplémentaires pour les rémunérations hospitalières ne répond pas aux principaux enjeux.

Voyons ici les mesures spécifiques à l'hôpital dans cette refondation systémique.

Repenser la gouvernance de l'hôpital public est la mesure la plus fondamentale et la plus dure à réaliser politiquement. C'est bien le centralisme étatique et hyper bureaucratise qui a asphyxié l'institution. La réforme doit conduire à une réelle autonomie de l'hôpital, qui sera en lien étroit non avec l'État mais avec son territoire. Autonomie de gestion et d'organisation, pilotage des soins en relation avec les autres secteurs de la ville et du médico-social sont incontournables pour sortir l'hôpital de la crise. Plusieurs schémas sont possibles. L'Institut Santé a proposé de rattacher l'hôpital à la gouvernance d'une assurance maladie rénovée à l'échelle régionale. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'assurance maladie régionale et l'hôpital sera établi.

Si cette évolution est simple à concevoir techniquement, elle est compliquée politiquement tant c'est une remise en cause de ce qui a été conçu depuis 20 ans. Cela remet en cause les GHT, les ARS (Agence régionale de santé), la DGOS (Direction générale de l'Offre de soins), i.e. toutes ces instances administratives conçues pour renforcer le poids de l'Etat et de son administration sur l'hôpital. Le principal frein à cette mesure est la volonté de la haute fonction publique de garder le contrôle. Des institutions comme l'AP-HP seront aussi remises en cause dans la nouvelle organisation.

La deuxième évolution majeure concerne le management interne de l'hôpital qui doit être diversifié dans les profils et compétences et plus démocratiques. Le monopole de l'EHESP (École des hautes études en santé publique) sur la formation des directeurs est abandonné au profit d'un recrutement et d'une formation plus transversaux, plus ouverts aux sciences sociales. Le modèle d'Unicancer de formation de médecins au management pour diriger les hôpitaux, assistés d'un directeur administratif, sera un des nouveaux modèles instaurés. Les chefs de service seront désignés par le vote des professionnels de santé du service et le Conseil de surveillance ne doit pas être une simple chambre d'enregistrement mais doté d'un réel rôle de contrôle de la stratégie et de la gestion. Une réflexion sur le retour d'un Conseil d'administration devrait être menée.

La troisième mesure structurelle concerne la gestion des carrières professionnelles. Plusieurs tabous sont à faire sauter dont le temps plein hospitalier pour tous et la trivalence du personnel hospitalo universitaire. Des contrats d'obligation de service sur 5 ans permettront aux praticiens hospitaliers de choisir selon leurs préférences individuelles, les besoins du service et du territoire une organisation du travail et des missions qui les conduiront à partager leur temps entre l'hôpital et d'autres sites professionnels. Outre le soin, une autre valence pourra être choisie sur la durée du contrat et évoluer dans le temps. Une évaluation des missions remplies sera réalisée par les pairs tous les cinq ans. La facilitation de promotion professionnelle dans les professions paramédicales sera instaurée pour rendre les carrières plus attractives.

Enfin, le financement de l'hôpital sera dominé par une diversification des modes de paiement afin de les adapter au type d'activités réalisées. Si l'activité de soins ponctuels et programmés est adaptée au paiement par la T2A, ce n'est pas le cas des autres activités qui répondent à une logique de forfaits dont les bases de calculs sont à définir. Une base territoriale est à instaurer pour prendre en compte les spécificités locales de la population.

Un lien avec des objectifs de santé publique est nécessaire. Si le paiement à la performance a montré ses effets pervers aux USA, la mise en place d'incitations financières pour généraliser des pratiques dont l'impact sur la qualité est prouvé (evidence-base medicine) comme la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est à mettre en place. Cependant, si l'incitation financière est indispensable pour faire évoluer les pratiques, l'amélioration de la qualité des soins est multifactorielle (évaluation par des indicateurs, formation, investissement dans les nouvelles technologies...). C'est une approche globale de la qualité qu'il faut instaurer.

Ces quelques mesures illustrent l'ampleur de la révolution culturelle dont a besoin l'hôpital public. Elles montrent que l'essentiel de la réforme est de nature qualitative et non quantitative. Ainsi, même si l'état des comptes publics est historiquement dégradé en 2020, le retour en grâce de l'hôpital public et de notre système de santé est à portée de main.

## Références

1. Ordonnance n° 58-1373 du 30/12/1958, article 2 : « Les CHU sont des centres de soins, où dans le respect des malades sont organisés les enseignements publics médical et postuniversitaire, ainsi que la recherche médicale et les enseignements paramédicaux. Ils sont aménagés conformément à la mission ainsi définie ».
2. M. Tsimaratos, S. Gentile, B. Devictor (2019) : « Repenser l'hôpital. Rendez-vous manqués et raisons d'espérer », Paris : Michalon Éditions.
3. « Baromètre santé 360° : les Français et l'hôpital de demain », 26 octobre 2017. 74. Un quart des soignants ont déjà eu des idées suicidaires du fait de leur travail au cours de leur carrière, selon une enquête de 2018 de l'association Soins aux professionnels de santé (SPS).
4. Un quart des soignants ont déjà eu des idées suicidaires du fait de leur travail au cours de leur carrière, selon une enquête de 2018 de l'association Soins aux professionnels de santé (SPS).
5. Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

6. Le taux des personnes insatisfaites par leur dernier séjour à l'hôpital a été multi- plié par quasiment 3 en 3 ans : de 9 % en mai 2015 à 25 % en mars 2018. Source : « Baromètre santé 360° » du 26 mars 2018.
7. 20 jours de RTT ont été accordés aux praticiens hospitaliers comme à la plupart des cadres non dirigeants pour compenser le delta 35-39 heures.