

14

La crise de l'hôpital en France : le naufrage d'une régulation au point flottant

The public hospital crisis in France: The failure of a deleterious reform

BRIGITTE DORMONT

Professeure d'économie à l'université Paris-Dauphine, PSL University

Résumé

La tarification à l'activité (T2A) visait à encourager l'efficacité des hôpitaux grâce à un paiement des séjours par forfaits. Le mécanisme économique au cœur de cette réforme a cependant été dénaturé par ses modalités d'application. Alors que les forfaits devaient être fondés sur un mécanisme de concurrence par comparaison, un dispositif de point flottant a été introduit, qui a permis une rigueur budgétaire sans précédent, tout en créant une incitation puissante à réaliser plus de séjours et des actes plus intenses.

Abstract

The purpose of the French hospital reform was to introduce a lump-sum payment per stay to improve hospital efficiency. However, its actual implementation has distorted the targeted mechanisms. Instead of computing rates based on a yardstick competition mechanism, the regulator decided to reduce unit

payments if volumes exceeded an overall budget cap fixed for all hospitals at the national level. This has facilitated significant cuts in hospital expenditures, along with creating deleterious incentives to provide more hospital care and more intensive procedures.

Le concept de concurrence a-t-il du sens pour les services de santé ? Ou est-ce trahir l'idéal du service public que d'introduire des mécanismes concurrentiels pour réguler les hôpitaux ? Aussi pertinentes soient-elles, ces questions tombent à côté du vrai problème des hôpitaux en France. Ils sont dans une crise profonde de sous-financement, les personnels sont harassés par des rythmes de travail toujours accélérés et craignent de ne plus pouvoir garantir la qualité et la sécurité des soins. Depuis l'automne 2019, la crise a pris un tour plus aigu, avec des fermetures de lits et une baisse d'activité dans nombre de services, pour cause d'impossibilité de recrutement aux salaires proposés par les directions. La rigueur budgétaire trouve aujourd'hui ses limites : quand il devient difficile d'embaucher des personnes prêtes à se dévouer en travaillant sans relâche pour un salaire trop faible, on peut craindre pour la continuité du service public. Avec l'épidémie de Coronavirus on observe avec consternation que, malgré le dévouement des soignants, le service public est bridé dans sa capacité à faire face à la crise sanitaire.

Les personnels hospitaliers incriminent le nouveau mode de tarification introduit en 2004, la Tarification à l'activité (ou T2A). Or, le mécanisme économique au cœur de cette réforme a été dévoyé par ses modalités d'application. Les raisons de ce détournement restent à analyser, mais en tout état de cause on a donné la priorité au contrôle de l'enveloppe budgétaire,

sans se poser la question de la dénaturation des mécanismes économiques qui pouvait en résulter. En pratique, la T2A a été mise en place avec un mécanisme de point flottant¹ qui a permis un serrage budgétaire sans précédent, tout en instaurant une incitation puissante à réaliser toujours plus de séjours, plus d'actes et des actes plus intenses. Une course à l'activité dont l'absurdité a été très vite dénoncée par les hospitaliers et qui est à la source de l'épuisement des personnels.

À côté de ces évolutions maltraitantes pour le service public hospitalier, un discours pro-concurrence suggérait que les mécontentements des personnels étaient uniquement dus à leur résistance à faire des efforts pour gagner en efficacité. Des cliniques privées ont mené campagne pour réclamer plus de concurrence avec le secteur public par l'introduction de la convergence tarifaire, c'est-à-dire une grille de tarifs communs au public et au privé. Dans le débat sur la stratégie nationale de santé, le Medef a réclamé en 2014 une réduction des « surcapacités hospitalières », ainsi qu'une libéralisation du système et son ouverture à la concurrence. Au sein de la Fédération Hospitalière de France, les directeurs des hôpitaux publics ont même communiqué sur des « gains de parts de marché », un satisfecit aberrant étant donné le cahier des charges d'un service public. En bref, l'air du temps de ces quinze années d'application de la T2A fut imprégné de discours supposant qu'une concurrence de marché était effectivement en place.

Pour l'observateur averti, les déclarations des thuriféraires de la concurrence à l'hôpital sont surréalistes, car elles

1 Le point flottant est un instrument d'une régulation qui est aussi appelée « prix-volume ». Pour que les dépenses ne dépassent pas une enveloppe budgétaire fixée à l'avance, on ajuste le prix des actes en fonction de leur quantité.

mobilisent des concepts très éloignés de la réalité des faits. Les dénonciations des détracteurs de la concurrence sont tout aussi surprenantes, car elles utilisent le même répertoire de concepts. Or il n'a jamais été question de libéraliser un quelconque « marché des soins » hospitaliers. L'ambition initiale était d'introduire des mécanismes permettant d'améliorer la régulation publique d'un service public. Mais cet objectif a fini par sombrer dans une série de décisions pratiques – la rigueur budgétaire, le point flottant, la manipulation des tarifs, le chantage au déficit, etc. – qui ont complètement dénaturé les mécanismes qui devaient être mis en place. Au bout de la chaîne de décision, une rigueur budgétaire inédite, et certains directeurs d'hôpitaux qui, appliquant une gestion sur des critères explicites de « rentabilité » de certains lits ou pathologies, ont nourri l'accusation par les personnels hospitaliers d'une transmutation de l'hôpital en entreprise privée.

Il n'y a pas de marché des soins hospitaliers

Revenons à la question de la concurrence. Les cours d'Économie Publique commencent par l'énoncé des théorèmes de l'économie du bien-être. Fondés sur des prémisses qui ne sont quasiment jamais réalisées dans la vraie vie, ces théorèmes servent de référence intéressante pour expliquer pourquoi l'intervention de l'État peut être nécessaire. Le premier théorème dit que dans un cadre de concurrence pure et parfaite, le fonctionnement libre du marché permet d'atteindre un équilibre caractérisé par l'efficacité productive et allocative. L'efficacité productive signifie que les biens et services sont produits au coût le plus bas possible. L'efficacité allocative signifie que les biens offerts sur le marché sont conformes aux préférences des consommateurs. Un élément

essentiel du raisonnement pour atteindre ce résultat est le rôle du prix, qui équilibre l'offre et la demande en exprimant à la fois les coûts de production et les préférences des consommateurs. Les offreurs ne peuvent pas augmenter les prix sans perdre des parts de marché, ni les baisser trop sans risquer la faillite, compte tenu de leur coût de production. Du côté des consommateurs, le prix exprime la désirabilité d'un produit ou d'un service : j'achète un bien si la satisfaction que m'apporte sa consommation est supérieure à celle que m'apporterait la consommation de tout autre bien que je pourrais acquérir avec la même somme d'argent.

Ce modèle théorique peut séduire car le prix y joue le rôle de grand coordinateur pour structurer l'offre en fonction de l'expression des préférences individuelles. Évidemment il est très loin de la réalité car il suppose, entre autres choses, qu'il n'y a pas de position dominante du côté des offreurs, que les consommateurs sont parfaitement informés sur les caractéristiques et la qualité des biens offerts et que leurs préférences ont une autonomie qui résiste à une possible manipulation par la publicité.

Pour les services hospitaliers il est clair que ce modèle ne fonctionne pas car ce n'est pas le « consommateur » qui paie ni même formule la demande de soins. Le prix ne peut pas refléter la désirabilité des services hospitaliers pour le patient car l'assurance maladie fait que ce n'est pas lui qui finance ses soins, mais tous les assurés sociaux par leurs cotisations sociales. Le patient n'est pas non plus l'expert de son cas : c'est le médecin qui définit les soins nécessaires à sa prise en charge. Enfin, un marché concurrentiel n'est pas envisageable car l'offre de soins doit être capable de toujours répondre aux besoins (greffe du foie par exemple), une condition qui pourrait ne pas être remplie dans un marché libre où des faillites sont possibles.

En France il y a un consensus politique autour de ces interprétations et personne ne remet en cause sérieusement le bien-fondé d'une couverture solidaire, au moins pour les soins hospitaliers. Il faut donc réguler le service public hospitalier. La régulation est impérative car notre assurance maladie solidaire est financée par des prélèvements obligatoires. Il faut garantir un bon usage des fonds ainsi collectés, autrement dit rechercher l'efficacité de la dépense.

L'administration française en charge de la santé a longtemps manqué de culture économique, pour des raisons qui ont trait au dédain des médecins pour ce qu'ils croient être l'approche économique, et à une stricte séparation administrative dans les attributions des ministères, entre l'organisation de l'offre de soins dévolue au Ministère de la Santé, et les aspects financiers attribués au ministère de l'Économie et du Budget. Tout ceci a longtemps conduit à une vision purement réglementaire, pour ne pas dire « soviétique », de l'action publique en santé, où il suffirait de commander ou d'interdire pour que les choses soient faites. Cette conception se fait beaucoup d'illusions sur l'étendue du pouvoir administratif ; surtout, elle repose sur l'hypothèse irréaliste que le régulateur a une information parfaite sur ce que font les agents sur le terrain et sur les contraintes auxquelles ils sont confrontés.

Or depuis plusieurs décennies, notamment depuis les travaux de Laffont et Tirole (1993), l'économie publique fonde ses analyses sur le fait que le régulateur a des problèmes d'information. C'est vrai pour l'hôpital en particulier : il ne peut observer ni contrôler les efforts fournis par les agents hospitaliers. Il ne connaît pas non plus les contraintes spécifiques auxquelles les hôpitaux peuvent être confrontés. Comment inciter les établissements à l'efficacité productive sans leur demander l'impossible ? La réforme de la tarification

à l'activité est basée sur un mécanisme qui cherche à résoudre ce problème.

Les principes de la tarification par pathologie

L'objectif du régulateur est d'inciter l'hôpital à gagner en efficacité productive. Avec la tarification par pathologie, le régulateur propose un paiement forfaitaire défini indépendamment du coût effectif : dans ce cadre, l'hôpital a intérêt à fournir l'effort optimal pour réduire ses coûts. À ce stade cependant, une partie seulement du problème est résolue. En effet, le régulateur ne sait pas à quel niveau fixer le forfait : s'il est trop bas cela peut conduire l'hôpital à la faillite ; s'il est trop haut cela lui attribue des revenus excessifs et la dépense publique est inefficace. Dans ce raisonnement on intègre le fait que le régulateur n'a pas cette information, et son problème est dès lors de trouver le niveau de paiement correspondant à la production efficace.

Ce problème informationnel peut être résolu en retenant une hypothèse simplificatrice d'homogénéité des hôpitaux dans laquelle leurs disparités de coûts sont exclusivement dues à leurs différences d'efforts d'efficacité. Un mécanisme de concurrence par comparaison permet dans ce cadre la révélation du coût de production efficace : il consiste à proposer à chaque hôpital un paiement défini sur la base de la moyenne des coûts observés en fin de période pour les autres établissements. Ici le mécanisme de concurrence par comparaison sert à révéler le coût de production efficace au régulateur. Ce n'est pas une concurrence de marché où les hôpitaux baisseraient leurs prix pour attirer des patients/clients. C'est un mécanisme où ils savent qu'ils auront un déficit s'ils ne font pas de gains d'efficacité pour baisser leurs coûts.

Cette représentation repose sur des hypothèses peu réalistes : homogénéité des hôpitaux, homogénéité des patients pour une pathologie donnée, qualité des soins fixée. Elle conduit à définir une tarification au forfait homogène dont les risques sont d'inciter à la sélection ou à la discrimination des patients (Newhouse, 1996)

Les chercheurs ont tenté d'améliorer le modèle de base en proposant des paiements mixtes qui combinent forfait et coûts observés (Dormont, 2014). Le principe d'un système de paiement mixte fait maintenant l'objet d'un consensus théorique, mais n'est pas vraiment adopté en pratique, du moins en France.

La tarification par pathologie va de pair avec un deuxième mécanisme : la concurrence en qualité². Cependant son existence peut être mise en doute pour la France, où l'information sur la qualité des soins est peu développée et où il y a peu de résultats empiriques permettant de conclure à une sensibilité du choix d'hôpital à la qualité perçue par les patients.

Des mécanismes dénaturés

La tarification par pathologie est devenue dans la réforme française la « tarification à l'activité », un glissement sémantique déjà éloquent. En pratique ses modalités d'application ont complètement dénaturé les mécanismes initialement visés. Au lieu de définir les tarifs en fonction seulement des coûts de traitement par pathologie, on les a modifiés pour encourager certaines activités en fonction d'« objectifs de santé publique³ ». En outre, pour respecter

2 Voir Dormont et Milcent (2018).

3 Par exemple, pour encourager les séjours ambulatoires (sans nuit à l'hôpital).

l'enveloppe fermée que constitue l'ONDAM⁴ hospitalier, on a introduit un mécanisme de point flottant. Concrètement ceci signifie que les séjours ne sont pas financés en Euros, mais en points, et que la valeur du point baisse si l'activité des hôpitaux sur toute la France augmente au-delà de ce qui était prévu lors du vote de l'ONDAM. Dans ce cadre, un hôpital n'est jamais sûr que ses coûts de production seront couverts, même s'il est parfaitement efficace. En effet, si les autres hôpitaux ont beaucoup augmenté leur activité, la valeur du point aura baissé. Ainsi, les mécanismes mis en place ont poussé les hôpitaux à faire plus d'actes et des actes plus intenses au lieu d'améliorer leur efficience.

Le point flottant fait que la dépense est globalement contenue. Mais la forte augmentation du nombre d'actes soulève un doute sur la pertinence des soins pour les patients. Elle a aussi conduit à un épuisement des personnels hospitaliers, car leur activité a beaucoup augmenté sans que les budgets suivent. Rien ne dit qu'on ait gagné en efficience, les hôpitaux sont dans une crise profonde au terme de trop nombreuses années de course à l'activité.

Dans l'application de la T2A, le régulateur a clairement négligé les conséquences possibles du point flottant sur les comportements des acteurs. Autrement dit, il a donné la priorité à la maîtrise de l'enveloppe budgétaire, sans se poser la question de la dénaturation des mécanismes économiques qui pouvait en résulter.

Avec le point flottant les tarifs peuvent être inférieurs au coût de traitement efficace. Le régulateur a délibérément

4 Depuis le plan Juppé de 1996, le Parlement vote chaque année un « Objectif national de dépenses d'assurance maladie » qui définit une enveloppe fermée de dépenses publiques de soins correspondant à la couverture par la Sécurité sociale. Cet ONDAM est ventilé en sous-postes pour l'hôpital, la médecine de ville, etc.

ignoré le fait qu'il ne connaît pas le coût de traitement efficace et qu'en conséquence la définition des tarifs doit reposer sur le mécanisme de concurrence par comparaison, lequel impose de prendre le coût moyen comme référence ! Avec le point flottant, point de salut pour l'hôpital sans une multiplication des actes et donc des coûts additionnels et une détresse financière accrue. Avec des tarifs manipulés (par rapport à la référence théorique du coût moyen) en fonction d'objectifs de santé publique, on encourage un dévoiement de l'exercice du service public hospitalier : alors que les médecins sur le terrain peuvent identifier et répondre aux besoins des patients qui arrivent, ces tarifs se sont traduits dans la gestion concrète des établissements par des méthodes brutales (pratiquer tel acte et non tel autre car celui-ci est plus rentable que celui-là), contraires à l'éthique médicale et aux principes du service public.

Conclusion

Au total, la dépense est maîtrisée mais les dégâts sont immenses. Des mécanismes pouvaient être mis en place pour une régulation intelligente, c'est-à-dire consciente des limites de l'information accessible au régulateur. En réalité, tout s'est passé comme si le régulateur soupçonnait les hospitaliers de pouvoir toujours réduire leurs coûts sans jamais accepter de le faire, et donc qu'il suffisait de resserrer lentement l'étau pour limiter progressivement la dépense hospitalière. C'est une action publique désastreuse, qui met en danger le service public hospitalier car les personnels sont épuisés et découragés par des conditions de travail qui ne permettent plus de garantir la qualité des soins. En principe le régulateur est censé agir dans l'intérêt des assurés sociaux. On est loin du compte.

Bibliographie

- DORMONT B. et C. MILCENT (2018), *Competition between hospitals. Does it affect quality of care?*, Opuscule du CEPREMAP n° 49.
- DORMONT B. (2014), « Heterogeneity of Hospitals », in *Encyclopedia of Health Economics*, Culyer editor, Elsevier
- LAFFONT J.-J. et J. TIROLE (1993), *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- NEWHOUSE J.-P. (1996), « Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection », *Journal of Economic Literature*, n° XXXIV, p. 1236–1263.