

Les crises de l'hôpital public Entretien avec Brigitte Dormont, 31 mai 2020

blogs.alternatives-economiques.fr/rcerevue/2020/05/31/les-crisis-de-l-hopital-public-entretien-avec-brigitte-dormont



Le système de santé en général et l'hôpital public en particulier a été au coeur de la crise sanitaire due au coronavirus. D'autres crises, plus anciennes, fragilisent l'édifice : rémunération, organisation, mécanismes économiques de gestion qui obligent à penser les causes qui ont mené à de telles difficultés. Pour autant, les plans successifs pour "sauver" l'hôpital ont été insuffisants. A l'heure où le gouvernement se remet à plancher sur une sortie de(s) crise(s), nous publions un entretien éclairant avec Brigitte Dormont, économiste, Professeur à l'université Paris-Dauphine-PSL, membre du conseil scientifique de la revue Regards croisés sur l'économie, pour revenir sur la gestion de la crise, les causes plus profondes du malaise et l'avenir de l'hôpital public.

Ça fait plusieurs années que l'hôpital public est en souffrance. Organisation, rémunérations, manques d'effectifs, impossibilité de recruter, manque de matériel... Comment expliquer ce délitement dénoncé par les personnels soignants depuis longtemps et exacerbé par la crise sanitaire ?

Il y a un grand parallélisme entre la situation à l'hôpital et dans d'autres secteurs du service public comme l'éducation ou la recherche, avec une sorte de maltraitance qui passe par le niveau de rémunération des fonctionnaires et le fait que le point d'indice n'ait pas été revalorisé depuis 10 ans. Le point d'indice a ainsi perdu 10 points de pouvoir d'achat. Ceci résulte d'une volonté de baisse des dépenses publiques, un objectif poursuivi par de nombreux pays européens. Cet objectif a été endossé par le

président Macron mais aussi par les deux précédents présidents. En France, la baisse des dépenses publiques intervient via la diminution du nombre de fonctionnaires et la baisse de leurs rémunérations.

Y a-t-il un délitement du service public ? Non, mais une menace qui se précise avec des budgets de plus en plus serrés, et un cahier des charges et de missions qui augmentent d'années en années, ce qui crée de nombreuses tensions. Il semble qu'on arrive maintenant au seuil du délitement, puisque des difficultés à recruter commencent à être observées à l'école comme à l'hôpital. Au-delà des réductions de capacités planifiées, des lits ont été fermés à cause de l'impossibilité à recruter aux salaires proposés. Un cas emblématique est celui des lits de pédiatrie en Ile-de-France : un quart des lits ont été fermés car on ne trouvait pas de médecins et de professionnels de santé pour s'en occuper. Cette fermeture de lits ne correspond pas à une réduction des besoins mais à l'impossibilité de recruter du personnel à cause de salaires trop bas. En conséquence, des enfants en urgence pédiatriques ont dû être transférés dans des hôpitaux de province et parcourir plusieurs centaines de km en ambulance avec leur mère de l'enfant, pour l'aller et le retour. Ceci est désastreux à la fois pour la qualité de la prise en charge en urgence et pour la dépense qui est ici démultipliée pour cause de désorganisation.

Pour l'hôpital, la situation peut se résumer à une baisse des rémunérations en terme réel et des conditions de travail qui se sont dégradées du fait de la diminution des moyens. En effet, le système de tarification à l'activité, qui n'est pas forcément mauvais dans son principe, a été complètement dénaturé dans la façon dont il a été appliqué, et ce d'autant plus que son application s'est accompagnée d'une austérité budgétaire très importante.

Quelles formes prennent la baisse des dépenses et les économies demandées à l'hôpital ?

Les économies demandées pour les dépenses de santé prises dans leur ensemble sont relativement modérées, mais à l'intérieur des dépenses de santé, les efforts demandés à l'hôpital ont été particulièrement importants.

En effet, la dépense publique de santé est définie par l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui est voté au parlement. Cet ONDAM est ventilé entre une dépense de médecine de ville et une dépense de médecine hospitalière. Or, il n'existe pas de véritable mécanisme de maîtrise de la dépense de ville pour beaucoup de raisons et en particulier parce que les soins en ville (les consultations par exemple) sont couverts par la sécurité sociale avec des remboursements *ex post*. De fait, il y a souvent un dépassement de l'ONDAM en médecine de ville. Or, depuis 5 ou 6 ans, ce dépassement des dépenses en médecine de ville a été absorbé par une restriction de budget pour l'hôpital.

Contrairement à la médecine de ville, les dépenses pour l'hôpital sont en effet facilement contrôlables, avec des budgets alloués par le ministère. Le financement prend la forme de paiements pour des séjours dans différentes pathologies, il y a un mécanisme de point flottant qui fait qu'on maîtrise parfaitement la dépense budgétaire totale. Plus précisément, si l'activité hospitalière et le nombre d'actes pratiqués augmentent dans l'année au-delà de ce qui était prévu pour le calcul de l'ONDAM, les tarifs sont tous diminués au prorata de « l'excès » d'activité pour que la dépense totale reste dans les clous de l'ONDAM. Donc, par définition, pas de dépassement pour l'hôpital.

Mais surtout, cet ONDAM hospitalier n'est même pas entièrement distribué aux hôpitaux. Depuis 2004 a été créé un Comité d'alerte censé veiller au non-dépassement de l'ONDAM dans sa totalité ville plus hôpital. Dans ce but, des réserves sont prises en cours d'année sur les budgets. Comme la médecine de ville dépasse son ONDAM, ces réserves sont utilisées pour éponger les dépenses non maîtrisées en médecine de ville et viennent en déduction de la dotation de l'hôpital. Pudiquement les rapports administratifs parlent de sous-exécution de l'ONDAM hospitalier. Mais la réalité des faits est que depuis plusieurs années la dotation pour les hôpitaux votée par la représentation nationale ne lui est même pas attribuée dans sa totalité et qu'une partie est amputée sous la forme de réserves pour éponger le déficit dû aux dépenses de ville.

A cela s'ajoute une autre pratique qui vient renforcer la rigueur budgétaire imposée à l'hôpital. Chaque année le calcul de l'ONDAM est basé sur des prévisions d'augmentation des dépenses due à l'évolution des besoins, au vieillissement de la population, et aux évolutions des prix et des salaires des soignants. Ceci donne une évolution "spontanée" de l'enveloppe nécessaire pour couvrir les besoins à pratiques constantes. Or chaque année, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) propose une augmentation de budget en retrait par rapport à ces prévisions, avec l'argument que des efforts d'efficacité permettront de faire autant avec moins. Par exemple le projet de budget pour 2020 prévoyait une tendance spontanée d'augmentation des dépenses à l'hôpital de 3,3% et l'ONDAM hospitalier finalement attribué ne dépassait pas 2,1% d'augmentation, soit plus d'un milliard d'euros d'économies imposées. On peut admettre que des gains d'efficacité sont possibles ponctuellement, mais il est clair que des budgets constamment en retrait des dépenses prévues conduisent fatalement dans le mur, un jour ou l'autre.

Pour résumer, l'ONDAM est depuis plusieurs années très restrictif et en plus, il est amputé par des mise en réserve qui permettent d'absorber les déficits en ville.

Tout se passe comme si les responsables en charge de l'allocation des budgets pensaient savoir qu'il y a des marges de manœuvre et du gâchis de ressources. L'hypothèse implicite de ces décisions est que de toute façon on paye trop les hôpitaux, hypothèse maintenue au fil de nombreuses années de rigueur.

Tout ceci, joint à la suractivité liée à la T2A, a provoqué explosion sociale dans les services d'urgence et les hôpitaux de l'été et de l'automne derniers, avec des grèves et la démission administrative de nombreux responsables de services. La ministre Agnès Buzyn a alors annoncé un plan d'urgence pour l'hôpital de 300 millions d'euros, présenté comme un "souffle d'air énorme", alors que cette rallonge correspondait juste à la sous-exécution de l'ONDAM de l'exercice précédent.

En quoi les mécanismes de tarification de l'activité (T2A) ont aggravé la situation à l'hôpital ?

Normalement, le principe de la tarification à l'activité (T2A) est de viser l'efficacité productive c'est à dire de chercher à minimiser les coûts des soins hospitaliers pour garantir un usage efficace des ressources prélevées avec les cotisations sociales. L'outil utilisé est un contrat à prix fixe : on paiera telle somme pour un séjour dans telle pathologie, quels que soient les coûts des traitements effectivement délivrés. Si l'hôpital a des coûts inférieurs au forfait, il empêche la différence, ce qui lui donne des ressources et s'il a un coût supérieur au forfait, il subit un déficit. Le contrat à prix fixe est une incitation puissante à réduire les coûts du fait que l'hôpital peut s'approprier les gains ou endurer les déficits.

Au-delà de ce principe, un problème important est celui de trouver le bon niveau pour le forfait défini pour chaque pathologie. Si la tutelle fixe le niveau du forfait à un niveau trop important, cela donne des rentes à l'hôpital et la dépense publique n'est pas efficace. Si le forfait est trop bas, les hôpitaux sont dans une grande difficulté financière et une possibilité pour s'en sortir est de dégrader la qualité des soins ou de sélectionner les patients les moins coûteux, ayant les pathologies les moins graves : un résultat désastreux. A l'inverse, si le service public est maintenu en l'état malgré l'insuffisance des ressources, on arrive à une accumulation de dette liés aux déficits récurrents, et à des tensions extrêmes que nous connaissons avec des lits fermés à cause d'embauches qui ne se font pas.

Pour éviter ces écueils, la théorie recommande de fixer le forfait sur la base d'un mécanisme de concurrence par comparaison. Sans entrer dans les détails qui peuvent être techniques, le forfait doit se référer aux coûts moyens des séjours dans les différentes pathologies, observés dans les hôpitaux.

Ce ne sont pas les mécanismes de la T2A qui ont dégradé la situation de l'hôpital, mais la façon dont cette réforme a été appliquée, qui a complètement dénaturé les mécanismes 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 publique », par exemple, pour encourager les séjours ambulatoires ou décourager le recours excessif aux césariennes. Et comme je l'ai déjà dit, on a introduit un point flottant pour maîtriser le budget fermé que constitue l'ONDAM hospitalier. 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, la valeur du point flottant crée une externalité de tous contre tous. 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. Concrètement, les mécanismes mis en place ont poussé les hôpitaux à faire toujours plus d'actes, et des actes plus intenses, au lieu d'améliorer leur efficacité.

La T2A est donc en partie responsable de la course à l'activité observée dans les hôpitaux ?

C'est clair. 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 efficacité, 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. Il a donné la priorité à la maîtrise de l'enveloppe budgétaire, sans se poser la question de la dénaturation des mécanismes économiques.

Avec le point flottant les tarifs peuvent être inférieurs au coût de traitement. 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 du coût moyen) en fonction d'objectifs de santé publique, on encourage un dévoiement du service public hospitalier : alors que les médecins sur le terrain doivent identifier et répondre aux besoins des patients qui arrivent, ces tarifs ont conduit à des méthodes de gestion brutales. Des exemples montrent que des gestionnaires ont pu demander que tel acte soit pratiqué plutôt que tel autre moins « rentable », des injonctions contraires à l'éthique médicale et aux principes du service public qui ont révolté de nombreux personnels hospitaliers.

Quelle est la situation ces dernières années ?

Pendant des années, les tarifs ont baissé tous les ans à cause du point flottant car l'activité augmentait plus que ce qui était prévu dans l'ONDAM. Il y a deux ans, l'activité a cessé d'augmenter mais les tarifs ont quand même diminué, ce qui a fait monter la colère dans les hôpitaux.

En 2019, les tarifs ont légèrement augmenté car l'activité a baissé. C'est pour l'instant assez difficile à analyser, on ne sait pas vraiment ce qui se passe, pourquoi moins d'actes sont pratiqués. Ralentissement raisonnable de l'activité ou conséquence des pénuries de ressources ? Ce phénomène de baisse d'activité n'a pas encore été documenté mais est plutôt inquiétant ! Il est possible qu'il soit lié aux difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers et d'infirmiers

Pour revenir à ce qu'il se passe aujourd'hui dans les hôpitaux, comment expliquer l'ampleur de la crise sanitaire en France ? Les hôpitaux les plus touchés sont exsangues, subissent le manque de masques, de matériel de protection, le manque de tests...

Sur le manque de masques et de tests il y a l'impréparation totale par rapport à une crise épidémique qui était anticipée par nombre de rapports internationaux ou parlementaires. Mais il a eu aussi l'incapacité à s'organiser assez vite pour résorber la pénurie pendant plus de deux mois. C'est connu de tous, l'exposition des personnels de santé au Covid_19 a été amplifiée par le manque de masques en quantité suffisante, tout comme le bilan catastrophique des décès dans les Ehpad.

Sur l'impréparation, un [article dans The conversation](#) retrace l'historique de ce qu'il s'est passé de manière très éclairante. Il montre qu'il y avait la connaissance, au niveau international et en France d'un risque très important de pandémie de grippe ou de maladie contagieuse. En France un rapport parlementaire de 2005 souligne le risque de pandémie, et la nécessité de masques en grande quantité pour éviter la paralysie de l'économie et protéger la population et les professions en contact avec le public. De fait la nécessité de stocks de masques n'a jamais été niée, plusieurs sonnettes d'alarme ont été tirées pour constituer des stocks et ça n'a pas été suivi d'effet. Il est très vraisemblable que des questions d'économie budgétaires sont à l'origine de cette incurie. Il faudra comprendre un jour comment la chaînes de décisions a pu conduire à ne pas traduire en acte un impératif de sécurité nationale reconnu.

Un autre sujet est celui de la communication, tellement défectueuse qu'elle a nourri la perte de confiance que nos dirigeants reprochent aux Français. En début de crise, les masques étaient supposés inutiles car il y avait pénurie !

J'ai surtout été marquée par certains commentaires au début de la crise sur le non-respect des consignes de confinement dans des départements comme le 93, qui ont été montrés du doigt en brassant tout un lot de clichés. Alors que ce sont des gens qui ont davantage des emplois de service, qui doivent continuer à travailler, à prendre les transports... Je collabore au [Baromètre Covid](#) qui est une enquête en open data, qui permet de suivre chaque semaine la crise épidémique dans ses phases de confinement et de déconfinement. Avec des collègues nous avons intégré un module sur les inégalités sociales de santé pour essayer de mieux documenter ces inégalités. Certains médecins de santé publique ont tendance à incriminer les comportements des personnes, sans prendre en compte le fait que les inégalités de conditions de vie expose les individus à des contraintes spécifiques pour le respect de la distanciation physique et les gestes barrières.

En parallèle, on a l'impression qu'à l'intérieur de l'hôpital les personnels soignants se sont organisés entre eux pour apporter des solutions, des services Covid etc

Oui c'est là où on voit une certaine grandeur du service public, où les agents croient au sens de leur mission. Ici des gens qui sont sous-payés, dont les revendications ont été sans effet depuis de nombreuses années, ont travaillé sans relâche pour contenir la catastrophe, au risque de leur santé parce que sans protection suffisante. Par ailleurs, il y a eu un renversement noté par les agents hospitaliers. Contrairement aux 15 dernières années où il leur fallait justifier la moindre dépense, déposer des dossiers interminables pour obtenir des moyens, tout à coup, la logique entre administration et personnels de terrain s'est inversée. Ce sont les soignants qui, sur le terrain, ont défini les objectifs, et l'administration a fait en sorte de leur donner les moyens nécessaires.

Le discours du directeur de l'ARS du Grand-est, Christophe Lannelongue, affirmant que la dynamique de fermeture de lits à l'hôpital continuera après la crise a beaucoup choqué. A quel point les réformes engagées, l'austérité à l'hôpital, les fermetures de lits, sont-elles remises en cause par la crise du Covid ?

C'est une vraie question. On a l'impression qu'il a été limogé parce qu'il a dit tout haut ce qu'il fallait passer sous silence en ce moment, mais jusqu'ici rien n'indique de changements majeurs dans les orientations. Il est pourtant urgent de regarder de près les projets en cours de réduction des capacités hospitalière et de les réévaluer.

Je ne suis pas forcément pour dire il faut plus de lits, mais pour l'avenir, il est important d'opérer une mise à plat des projets de restructuration en cours. Une autre décision qui a été prise pour "soulager l'hôpital" c'est de reprendre leur dette. La décisions prise il y a quelques mois dans le plan présenté par Agnès Buzyn a été de reprendre seulement un tiers de la dette. C'est potentiellement dévastateur si cela prend la forme d'une reprise en main par le gouvernement de l'hôpital, en conditionnant cette aide à des restructurations.

Par ailleurs, et surtout, il faut augmenter les salaires. On observe une fuite des personnels vers les hôpitaux privés, qui ont de meilleurs résultats financiers grâce à une stratégie de spécialisation dans les soins les plus rémunérateurs. Même les hôpitaux à but non lucratif ont sans doute des ressources monétaires qui proviennent de fondations et qui leur permettent d'attirer des personnels. Depuis quelques temps, quelques augmentations très ciblées ont eu lieu sous forme de primes, plus ou moins conditionnelles, qui font que ce ne sont pas des remises à niveau pour le travail réalisé.

Que pensez-vous des annonces du Ségur de la Santé la semaine dernière ?

Elles suggèrent qu'il n'y aura pas grand-chose au bout des déclarations émouvantes du Président au début de la crise du Covid. Tout d'abord, les annonces faites par le premier ministre le 25 mai ne concernent que l'hôpital, c'est-à-dire que l'on met de côté un des problèmes majeurs de notre système de santé qui est le pilotage séparé de la ville, de l'hôpital et du médico-social. Personne n'en parle, mais la médecine de ville a été complètement mise de côté au début de l'épidémie et les résultats mitigés de la France dans la gestion de crise ne sont peut-être pas étrangers à cela.

Pour revenir aux annonces du Ségur, il n'y a aucune remise en cause de la façon dont la T2A a été appliquée, mais seulement le rappel des objectifs de ma santé 2022 déjà posés il y a deux ans. Donc la tare centrale de la T2A n'est pas remise en cause, à savoir le point flottant qui encourage la course à l'activité sans le budget qui suit.

La communication centrée sur le nom Ségur suggère que les rémunérations en sont l'objet principal. L'absence de tabou revendiquée sur les 35H suggère qu'une fois encore ce sont des primes qui vont être proposées, une grosse prime pour récompenser l'engagement au cours de la crise, puis pour le futur une série de primes associées à un engagement particulier dans telle ou telle activité. Cela signifie : pas de rattrapage du retard sur le point d'indice, et une nouvelle couche d'administration pour codifier ce que tel ou tel agent aura fait pour le rétribuer. Se battre sur le point d'indice est essentiel à l'hôpital et au-delà pour toute la fonction publique. Je ne comprends pas pourquoi les réactions aux annonces du premier ministre ne portent pas plus sur ce point. Les Professeurs de médecine ne s'en rendent peut-être pas compte car ils ont une grosse part de primes, mais pour les autres soignants et tous les fonctionnaires en général il y a eu 10% de perte de pouvoir d'achat du point d'indice. Le gouvernement ne veut pas revenir là-dessus car cela ferait exploser les dépenses publiques, au-delà de l'hôpital, notamment dans l'éducation, l'enseignement supérieur et la recherche, et exploser les dépenses de retraites pour les fonctionnaires. Refuser d'augmenter le point d'indice permet aussi de développer cette politique d'individualisation des rémunérations, tout en maintenant des bas salaires hors primes.

Sur un autre point, il y a une revendication simple et très importante : la reprise de la totalité de la dette, qui a été causée par un peu de dette toxique certes, mais surtout par le fait que les hôpitaux ont continué à fonctionner malgré des budgets insuffisants. Reconnaître que la gestion passée n'était pas bonne, comme le dit la communication actuelle de notre président, cela doit conduire à cette conséquence très simple : reprendre la dette dans son entier. Mais évidemment, comme pour les rémunérations individualisées, reprendre un tiers de la dette seulement permet d'individualiser les cas des hôpitaux pour leur imposer des restructurations.

Propos recueillis par Cécile Bonneau et Madeleine Péron (RCE)

Références

Rapport parlementaire « Rapport sur le risque épidémique », Jean-Pierre Door et Marie-Christine Blandin mai 2005

La France en pénurie de masques : aux origines des décisions d'État, The Conversation, mars 2020

Rapport parlementaire « L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ? », Francis Delattre, juillet 2015

Ce que contient le plan d'urgence pour l'hôpital public, Le Monde, novembre 2019