



208

NUMERO

Mercredi 29 juin 2005

NOTES D'IÉNA

INFORMATIONS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

« L'HOPITAL PUBLIC EN FRANCE : BILAN ET PERSPECTIVES »

(Etude)

RAPPORTEUR :
ERIC MOLINIE

AU NOM DE LA SECTION DES
AFFAIRES SOCIALES
PRESIDEE PAR
HUBERT BRIN

En France, l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins. Au fil du temps, ses missions et ses fonctions se sont étendues, alors même que le fonctionnement de l'hôpital public est soumis à des contraintes, économiques et réglementaires, de plus en plus fortes. Confronté au défi « *de soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût* », l'hôpital public traverse aujourd'hui une crise de valeurs qu'il ne pourra surmonter qu'en réussissant à réconcilier sa tradition humaniste et l'approche techniciste de la médecine moderne.

Six tendances lourdes se dégagent, qui vont peser sur l'hôpital public en ce début de XXIème siècle : économie des moyens et transparence des coûts dans le cadre d'une politique de régulation des dépenses de santé, adaptation de l'offre de soins au vieillissement démographique, accélération du progrès médical, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, renforcement des droits des usagers, accroissement du pilotage régional.

Dans ce contexte, le plan Hôpital 2007 en œuvre depuis 2003 apporte des réponses fortes mais partielles aux difficultés de l'hôpital public. En effet, la réforme de son financement par la tarification à l'activité qu'il introduit est source de plus d'équité et de transparence dans le financement des établissements de santé, mais elle ne permettra pas de répondre aux besoins structurels croissants de financement de l'hôpital public, liés notamment aux coûts du vieillissement démographique, du progrès médical et de la sécurité sanitaire.

Dressant un bilan à la fois exhaustif et synthétique de l'activité de l'hôpital public aujourd'hui, cette Etude propose aussi des pistes de réflexion innovantes pour tenter de résoudre les problèmes auxquels il est confronté.

**Etude adoptée par le Bureau
du 21 juin 2005**

Le diagnostic : l'hôpital public victime de son succès mais aussi de sa désorganisation

Accueil social, soins programmés ou d'urgence, enseignement, recherche, telles sont les principales missions de l'hôpital public développées au fil des siècles. La confrontation brutale, imposée par les faits à la fin des « Trente Glorieuses », entre le monde de la médecine et celui de la gestion, est de plus en plus ressentie par les professionnels comme un conflit de valeurs profond, source de désarroi, de désenchantement, voire de mécontentement.

1/ Des missions de plus en plus difficilement assumées

- Les soins programmés

Les soins programmés sont régis par une spécialisation croissante de la prise en charge, sur la base d'un modèle d'organisation cloisonnée hérité du passé. Les patients ont pris pleinement conscience des problèmes d'organisation de l'hôpital, attestés par les récentes études sur la fréquence et les coûts des défauts de qualité des soins.

- L'accueil des urgences

Les urgences, véritable porte d'entrée de l'hôpital, constituent un puissant révélateur des insuffisances dans la prise en charge des patients, à l'extérieur comme à l'intérieur de l'hôpital, en amont et en aval de ce service-clé.

De fait, les urgences jouent un important rôle supplétif de la médecine de ville et de ses éventuelles carences. Un autre phénomène qui tend à s'aggraver depuis quelques années est celui du manque de structures d'aval, qu'il s'agisse de lits de médecine, notamment pour les personnes âgées, de lits de spécialité, ou de places dans les établissements médico-sociaux

- L'accueil des personnes démunies

L'hyperspécialisation de la prise en charge hospitalière peut être adéquate lorsqu'un patient se présente à l'hôpital avec un seul problème clairement identifié. C'est cependant rarement le cas pour les populations les plus démunies, qui nécessitent, plus que toutes autres, une approche globale de l'individu.

- La recherche clinique

La recherche clinique a du mal à exister et à se faire reconnaître dans l'hôpital, les budgets des soins et de la recherche étant trop souvent confondus. La répartition individuelle des trois missions de soins, d'enseignement et de recherche des praticiens hospitaliers n'est pas clairement définie.

- La prévention

Inscrite depuis plus de trente ans comme une des missions de l'hôpital public, la prévention, aujourd'hui accessoire, doit y trouver une place pleine et entière, avec des outils épidémiologiques dédiés, des équipes (et/ou du temps de personnel hospitalier) et un budget clairement identifié.

2/ Des contraintes croissantes

L'exercice de ces missions est rendu difficile par le poids des contraintes, internes et externes, à l'hôpital.

- Les contraintes internes

Face à l'enchevêtrement des pouvoirs, il est difficile de savoir qui est responsable du bon fonctionnement d'un établissement public de santé dans son ensemble. Ainsi, le directeur de l'hôpital n'est parfois qu'une simple courroie de transmission de décisions ministérielles, tandis que le maire préside le conseil d'administration de l'hôpital sans en être le financeur, ni même le principal décideur. Par ailleurs, la mise en œuvre trop rapide de la réduction du temps de travail a accentué les difficultés de l'hôpital public.

- Les contraintes externes

Malgré des progrès en ce sens, l'hôpital public n'a pas encore développé des liens suffisants avec les établissements de santé qui l'entourent, la médecine de ville et le secteur médico-social.

De plus, le fonctionnement administratif centralisé de l'hôpital public se traduit par une inflation de textes divers et parfois contradictoires, qui rigidifient l'organisation et ne peuvent que décourager toute approche managériale. Enfin, l'hôpital pâtit de la mauvaise régulation, au plan national, de la démographie médicale.

3/ Des tendances lourdes qui modifient en profondeur l'organisation de l'hôpital

Six tendances lourdes viennent modifier en profondeur l'organisation de l'hôpital : économie des moyens et transparence des coûts dans le cadre d'une politique de régulation des dépenses de santé, adaptation de l'offre de soins au vieillissement démographique, accélération du progrès médical, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, renforcement des droits des usagers et accroissement du pilotage régional.

Ces tendances ne doivent pas être perçues comme des « contraintes » par les hospitaliers mais comme des facteurs nécessaires d'évolution de l'offre de soins, et des sources de progrès pour la qualité de la prise en charge.

Les réformes en cours : des remèdes utiles mais insuffisants

Le plan Hôpital 2007 s'organise autour de quatre grandes orientations : la rénovation du mode de financement des établissements, une plus grande autonomie de gestion, l'assouplissement des règles de planification sanitaire et un soutien volontariste à l'investissement. Le gouvernement en a mis en œuvre les principales mesures, notamment à travers l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui réforme la planification hospitalière, complétée par l'ordonnance du 2 mai 2005 portant réforme de l'organisation interne de l'hôpital.

1/ Une tarification à l'activité dont les difficultés prévisibles d'application doivent être anticipées

Mise en œuvre de manière progressive, la réforme portant tarification à l'activité (T2A) vise à rendre plus équitable et plus transparent le financement des hôpitaux. Même si les bénéfices attendus de la réforme de la tarification sont nombreux, celle-ci ne manquera pas de soulever des difficultés d'application, compte tenu notamment de ses répercussions sur l'organisation interne des établissements.

- Des questions restées en suspens

Plusieurs questions importantes, ayant trait à la modulation des tarifs nationaux, au périmètre des missions d'intérêt général et à l'objectif d'unicité tarifaire, n'ont pas encore été entièrement tranchées. Cette situation peut nuire à l'efficacité de la réforme.

- Des effets pervers potentiels

La logique du paiement forfaitaire et les observations réalisées dans les pays qui ont déjà adopté ce système mettent en évidence le fait que la tarification à l'activité comporte des effets pervers potentiels.

Ainsi, le nouveau dispositif budgétaire induit de nombreuses craintes qui peuvent se regrouper sous quatre chapitres : le risque de sélection des patients, le risque budgétaire et financier, le risque de dégradation de la qualité des soins et le risque de frein potentiel à la diffusion de l'innovation. L'accompagnement du passage à la tarification à l'activité doit viser à limiter l'apparition de ces effets pervers potentiels.

- Des répercussions sur la stratégie financière

L'efficacité de la T2A est notamment subordonnée à l'existence préalable d'un système d'information performant et fiable au plan comptable, système d'information actuellement peu développé dans les hôpitaux. Dans la mesure où les coûts de référence intègrent les coûts de structure (amortissements et frais financiers notamment), la tendance budgétaire des gestionnaires risque de comprimer ceux-ci, ce qui peut se révéler préjudiciable à l'investissement hospitalier. Enfin, la réforme de la tarification ne doit pas masquer les besoins structurels de financement de l'hôpital public liés, notamment, au vieillissement démographique, au progrès médical et au renforcement de la sécurité sanitaire.

2/ Une modernisation inachevée de la gouvernance

Outre la nouvelle répartition des pouvoirs entre les instances décisionnelles de l'hôpital, l'ordonnance du 2 mai 2005 instaure l'organisation des établissements de santé en pôles d'activité.

Cependant, cette ordonnance ne va pas assez loin dans la nécessaire réforme institutionnelle de l'hôpital, de même que la déconcentration envisagée de la gestion des personnels reste insuffisante. Le renforcement de l'autonomie des hôpitaux passe par une déconcentration accrue, au plus près des établissements, des décisions de gestion.

3/ Une simplification plus formelle que réelle de l'organisation sanitaire régionale

Malgré la tentative récente de simplification de l'organisation sanitaire, force est de constater que l'architecture mise en place au niveau régional demeure d'une grande complexité.

Certes, l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 prévoit un renforcement du rôle des ARH, une simplification à la fois de la planification sanitaire et des formules de coopération entre les établissements de santé.

Cependant, l'enchevêtrement des responsabilités dans la conduite des politiques de santé entre l'Etat et l'assurance maladie, la persistance du cloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social, l'articulation toujours délicate entre l'échelon régional et l'échelon départemental au sein des services de l'Etat, sont autant de facteurs qui rendent l'architecture institutionnelle de l'organisation sanitaire régionale particulièrement complexe.

Les empilements institutionnels ont conduit à une surcharge de l'échelon régional constitué de multiples structures : ARH, URCAM, CRAM, DRASS, ORS notamment.

NOTE FLASH

ERIC MOLINIE

Né le 30 novembre 1960 à Paris

Fonctions au CES

- Membre de Section des Affaires sociales

Formation et autres activités

- Diplômé de l'Ecole des Hautes études commerciales (HEC);

- Conseiller aux Affaires

Economiques et au Handicap au cabinet de la Présidence d'EDF

- **1999-2003** : Directeur général puis Président de l'Association française contre les myopathies (AFM);

- **1987-1998** : Directeur puis Directeur général adjoint de Cyril Finance Gestion, établissement financier du groupe MAAF/MMA;

- **1983-1987** : cadre bancaire à la Banque Indosuez

Autres fonctions exercées

- **Depuis juin 2005** : Administrateur de l'Association des paralysés de France (APF);

- **Depuis 1999** : Administrateur de l'INSERM;

- **2004** : membre du jury d'une conférence de consensus pour la Haute Autorité de Santé (HAS) 2001-2003 et membre du Comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPH);

- **2002-2003** : Membre du Comité national de génétique clinique;

- **2002-2003** : Administrateur du Groupement d'intérêt public (GIP) Genopole;

- **1995-2001** : Conseiller municipal à Versailles, délégué auprès des personnes handicapées;

- **1988-1998** : Administrateur et trésorier de l'AFM

Distinctions honorifiques

- **2000** : Chevalier dans l'Ordre national du Mérite;

- **1988** : Elu « HEC de l'année »

« L'HOPITAL PUBLIC EN FRANCE : BILAN ET PERSPECTIVES » (Etude)

Rapporteur : ERIC MOLINIE

DE NOUVELLES PISTES DE REFLEXION POUR L'HÔPITAL PUBLIC

L'hôpital public souffre d'abord de problèmes d'organisation du fait de mutations profondes, nombreuses et rapides. Ces problèmes ont nourri une crise de valeurs latente depuis plusieurs années.

Il convient avant toute chose de répondre à cette crise des valeurs, avant de proposer des pistes pour améliorer l'organisation interne de l'hôpital public, et de repenser sa place dans son environnement régional.

1) Les professionnels de santé doivent se réapproprier les valeurs de l'hôpital public

La tradition humaniste de l'hôpital et l'approche techniciste de la médecine moderne sont à réconcilier. La primauté du soin sur l'économique doit être réaffirmée. Pour cela, au-delà du débat parlementaire sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, un vaste débat public doit avoir lieu sur les choix d'allocations de ressources que la Nation est prête à consacrer au système de santé. Ce débat doit être conduit dès maintenant par tous les partis politiques, les partenaires sociaux et les représentants de la société civile.

Les missions du service public hospitalier sont à redéfinir et à clarifier autour de trois valeurs cardinales, à évaluer périodiquement : garantir l'accès de tous à des soins de qualité, respecter l'équité, et promouvoir l'efficience.

Le besoin de reconnaissance des personnels de santé et des bénévoles doit être mieux pris en compte, par le renforcement des fonctions d'écoute et d'accompagnement des personnels soignants comme des usagers, et le développement du bénévolat sur le modèle des soins palliatifs.

2) Les structures de l'hôpital public doivent être modernisées et décloisonnées

L'activité devient l'unité de référence : l'efficacité des pôles d'activité dépendra de la capacité de management des chefs de pôle, donc de leur formation, et de leurs marges de manœuvre pour les structurer. Par ailleurs, l'activité ne peut pas être le seul critère d'allocation des ressources. A la T2A doivent être impérativement associées la qualité des soins et des pratiques professionnelles, régulièrement évaluée, et la place de l'hôpital concerné au sein de son réseau de soins territorial.

Sur le plan du fonctionnement interne, l'hôpital public doit avoir une gestion déconcentrée des ressources humaines, avec trois niveaux : national, régional ou interrégional et opérationnel. Une nouvelle gouvernance pourrait être expérimentée avec une structure juridique de Conseil de surveillance, qui remplacerait l'actuel Conseil d'administration, et un Directoire, présidé par l'actuel directeur. Ce dernier recevrait une formation au management, dont l'ENSP de Rennes n'aurait plus le monopole, et serait responsable de l'ensemble du personnel de l'hôpital. Cela passe également par une recomposition des professions de santé en France, en distinguant clairement délégations de compétence et délégations d'activité, et en favorisant les passerelles entre les différents métiers de l'hôpital.

Le partage de l'information en interne et en externe doit être développé.

3) Les réformes doivent être déclinées à chaque niveau territorial

Une meilleure gradation de la prise en charge hospitalière s'avère nécessaire en distinguant trois niveaux : des hôpitaux locaux qui offriraient notamment des plateaux techniques aux professionnels libéraux, des centres hospitaliers de référence de taille moyenne, et des pôles de haute technicité avec des CHU moins nombreux.

Les réseaux territoriaux sanitaires doivent s'intensifier et contribuer au décloisonnement du sanitaire, du médico-social, et de la médecine de ville. L'évolution possible des ARH vers des ARS doit être expérimentée avec prudence et transparence, en faisant participer largement les partenaires sociaux.