

Dossier

Regards croisés sur l'hôpital public



René BARBERYE

Ancien Directeur de la Comptabilité publique

Président du Conseil de surveillance du Centre hospitalier de Rambouillet

L'hôpital public en danger

Mots-clés : finances sociales - dépenses de santé - hôpital public

L'hôpital public est en crise : activité en réduction, déficits croissants, concurrence du secteur privé, règles paralysantes. Des pistes de solutions existent : améliorer la tarification à l'activité, poursuivre la dynamique des groupements hospitaliers, resserrer les liens avec le médecin de ville, poursuivre l'évolution des ARS, faire évoluer le statut de l'hôpital.

En mai 2003, j'avais commis dans la Revue du Trésor (devenue depuis *Gestion et finances publiques*) un article intitulé : la crise de l'hôpital public. Cet article avait été repris dans la revue hospitalière de novembre 2003. Quinze ans après, une partie du diagnostic reste d'actualité malgré les réformes positives qui sont intervenues. Toutefois à l'évidence, de nouvelles adaptations sont indispensables sauf à laisser la situation se dégrader encore un peu plus.

Le constat

a. Une activité qui plafonne voire qui régresse

Au cours de l'année 2017, évolution tout à fait nouvelle, la tendance du nombre de séjours (hors consultations) pour l'hospitalisation complète et l'ambulatoire, était au niveau national à une baisse de 0,12%. En Île de France, la baisse est encore plus sensible :

- moins 1,12% pour les hôpitaux publics hors AP-HP
- moins 1,51% pour l'AP-HP qui est pourtant la vitrine de l'hospitalisation publique

Par contre les résultats des ESPIC (hôpitaux privés à but non lucratif) sont sensiblement meilleurs : + 4,28%.

Si on se limite à l'ambulatoire, le constat va dans le même sens :

- moins 1,02% pour les hôpitaux publics hors AP-HP
- moins 1% pour l'AP-HP
- plus 9,39% pour les ESPIC

Il conviendra d'analyser dans le détail les éléments qui peuvent expliquer cette baisse d'activité des hôpitaux publics. On a avancé que les chiffres d'activité de 2016 avaient été dopés par une grippe avec un pic en début d'année et une autre grippe commencée plus tôt en fin d'année. Mais ceci n'explique pas le décalage constaté avec les ESPIC même si les activités ne sont pas exactement similaires. Par contre les consultations continuent à progresser : + 3,12% hors AP-HP et + 1,88% pour l'AP-HP. Mais les consultations ne représentent en général que de l'ordre de 10% des recettes.

b. Des déficits qui s'accroissent fortement

Le déficit des hôpitaux publics qui était en 2016 de 470 millions d'euros est passé à 1,5 milliard c'est-à-dire qu'il a été multiplié par 3. Il représente 2% des budgets hospitaliers.

En région parisienne, l'évolution est du même ordre. Le déficit des établissements de la région (tous statuts confondus) qui était stable en 2015 et 2016 autour de 120 à 130 millions plonge à 329 millions. La chute est particulièrement forte pour l'AP-HP qui passe d'un déficit de 39 millions à un déficit de 174 millions. À noter qu'une partie de ce déficit (41 millions) s'explique par la certification des comptes ce qui laisse augurer une révision des déficits à la hausse au fur et à mesure de l'extension de la certification.

Comment expliquer une telle dégradation ? La première explication est à trouver dans la baisse d'activité. Avec la tarification à l'activité (T2A), une baisse d'activité a bien évidemment un impact sur les recettes. Par ailleurs l'orientation, légitime au demeurant, qui consiste chaque fois que cela est possible sans mettre en jeu la sécurité du patient, à développer l'activité ambulatoire au détriment de l'hospitalisation complète, a un effet négatif sur les recettes de l'hôpital. Le bénéfice de ce transfert se marque par contre dans les comptes de la sécurité sociale.

En outre, dès la mise en œuvre de la T2A, les gouvernements successifs opéraient chaque année une baisse des tarifs. Le résultat est qu'un hôpital dont l'activité ne progresse pas, voit ses recettes de T2A baisser. Ceci se justifiait par le fait que la T2A avait un effet inflationniste : il était de notoriété publique que les médecins codaient très mal les actes réalisés car avec la dotation globale cela n'avait pas de conséquence financière. Avec la T2A il devenait indispensable d'améliorer la codification sauf à ne pas bénéficier des recettes correspondantes. Au départ, une part de la progression de l'activité pouvait être imputée à une amélioration de la codification sans croissance réelle de l'activité. Chaque année les tarifs remboursés par la sécurité sociale aux hôpitaux étaient donc réduits d'un certain pourcentage, plus de 1% en 2017. Or, aujourd'hui les hôpitaux, non sans mal, ont beaucoup progressé dans la codification, ce qui ne justifie plus cette baisse des tarifs sauf à tabler sur des gains de productivité. En 2017 une baisse d'activité conjuguée avec une baisse des tarifs ne pouvait que générer des déficits.

Il convient d'ajouter deux éléments qui doivent être pris en compte et qui provoquent l'exaspération des directeurs d'hôpitaux :

- Au fil des ans, le ministère de la Santé procède à des aménagements positifs dans la carrière des personnels hospitaliers. Ceci n'aurait pas de conséquences sur les finances des établissements hospitaliers si ces mesures étaient intégrées dans les dotations. Or, généralement, elles ne le sont pas.

- Depuis quelques années, le gouvernement procède à un gel d'une part des crédits destinés à financer les missions d'intérêt général pour les redistribuer en fin d'année. Comme la maîtrise des dépenses de la médecine de ville s'avère encore plus problématique que celle des hôpitaux, une partie de cette réserve sert à faire face au dynamisme des dépenses de ville.

Ces déficits ont une conséquence très grave pour l'avenir des hôpitaux publics car ils amputent leur capacité d'investir. Or l'évolution des activités de chirurgie impliquera l'aménagement de plateformes autonomes dédiées à l'ambulatoire et l'équipement en robots, tous équipements très coûteux.

c. Une concurrence aigüe du secteur privé

Cette concurrence s'exerce au niveau de la patientèle et au niveau du recrutement des médecins, les deux choses étant souvent liées. On constate en effet que les hôpitaux publics ont de plus en plus de difficultés à recruter des

médecins, en particulier dans certaines spécialités en tension : cardiologie, obstétrique, anesthésie, chirurgie, ophtalmologie, urgences.

S'agissant des urgences on observe un double phénomène :

- une fréquentation croissante des urgences en raison notamment du départ à la retraite de médecins de ville qui ne sont pas remplacés du fait des effets à retardement du numérisé clausus appliqué pendant de très nombreuses années. En outre les week-ends, les médecins n'étant pas astreints à l'organisation d'une garde à la différence des pharmaciens, la seule alternative pour les patients est le recours aux urgences. Recours qui a l'avantage d'être totalement gratuit et de permettre de multiples examens dans des délais très courts par rapport aux procédures normales.

- une raréfaction des urgentistes adoptant le statut de praticien hospitalier temps plein. Les hôpitaux sont alors obligés de recourir à des intérimaires qui en trois vacations gagnent autant qu'un praticien hospitalier (PH) à temps plein dans son mois. Ce système s'avère extrêmement coûteux pour les hôpitaux, qui, pour assurer la continuité des soins, sont obligés de recourir aux intérimaires ou de payer des heures supplémentaires aux titulaires. La ministre de la Santé consciente du problème a publié un décret qui vise à plafonner et à réduire progressivement la rémunération autorisée de ces intérimaires, mais encore faudrait-il que les directeurs poussés par la nécessité ne contournent pas ces règles.

Les cliniques privées ne connaissent que dans une moindre mesure ces difficultés et ces coûts dans la mesure où elles participent globalement moins à la permanence des soins.

S'agissant des autres spécialités tendues, les cliniques bénéficient d'un gros avantage : dans la mesure où pratiquement tous leurs médecins pratiquent des dépassements d'honoraires parfois très importants, elles n'ont pas de difficultés de recrutement. On ne peut que constater des départs importants de praticiens du public vers le privé. En un an, l'AP-HP a perdu 50 chirurgiens orthopédiques. Les praticiens mettent aussi en avant, indépendamment de la rémunération, une organisation plus performante qui leur permet d'effectuer davantage d'actes que dans le public. Ce n'est pas impossible compte tenu de certaines lourdeurs du secteur public.

On constate également que des praticiens qui exerçaient dans le secteur public passent à temps partiel pour exercer le reste du temps dans une clinique parfois proche. C'est une situation pour le moins étonnante, c'est un peu la situation d'un

ingénieur travaillant à temps partiel chez Renault et le reste du temps chez Citroën. Ce cas de figure est complètement impossible dans une entreprise ou il y a généralement des clauses d'exclusivité et de confidentialité. Si les praticiens respectent une certaine déontologie, cela ne pose pas problème mais on a vu des cas de détournement de clientèle.

Au total, on constate que le taux de vacances des PH temps plein dans le public est de 26,5% et celui des PH temps partiel de 46,1%, chiffres tout à fait inquiétants.

Tous ces éléments ont pour effet de favoriser le transfert de patients ayant les moyens de supporter les dépassements d'honoraires du public vers le privé dans la mesure où ils y trouvent le moyen de se soigner rapidement et convenablement.

d. L'hôpital public souffre également de règles paralysantes

En effet, le mode de gestion du personnel, et spécialement celui du corps médical dont l'activité a un impact direct sur les résultats de l'hôpital, pose problème dans le secteur public. Il y a encore dans ce secteur beaucoup de praticiens temps plein, compétents, dévoués, se consacrant entièrement à leur hôpital et participant activement à sa vie institutionnelle. Il convient de leur rendre hommage. Mais force est de constater que certains ont adopté un rythme optimisable ou n'ont pas fait l'effort de s'adapter à l'évolution des pratiques médicales. Or, il n'existe aujourd'hui aucun dispositif permettant de récompenser les uns et de pénaliser les autres. Au contraire, dans une clinique privée un chirurgien dont l'activité est considérée comme insuffisante ou dont la pratique génère un nombre de contentieux excessif voit son contrat non renouvelé. À l'hôpital public, le directeur ne peut que faire des observations voire, dans les cas sérieux, placarder l'intéressé, ce qui a un coût. Il se trouve dans la situation d'un chef d'entreprise sans autorité réelle sur ses responsables de production. En pratique il est plus facile de faire partir un directeur surtout s'il est sur un poste indicié que de faire partir un médecin.

Le président de la Commission médicale... (CME), sauf s'il dispose d'une forte personnalité est également assez désarmé compte tenu qu'il est élu par ses pairs. On peut se demander d'ailleurs si les hôpitaux publics d'une certaine taille ne devraient pas être dotés d'un directeur de la politique médicale. Dans les hôpitaux privés, le directeur général est souvent un médecin flanqué d'un adjoint chargé de l'administration. Dans les hôpitaux publics, le directeur étant un administratif,

on peut imaginer qu'il puisse avoir parmi ses adjoints un médecin chargé de la politique médicale, sans supprimer la présidence de la CME dont la fonction est autre. Ceci existe par exemple à l'AP-HP.

On observe par ailleurs à l'hôpital public, la dérive d'une pratique qui avait été instaurée pour améliorer la rémunération des praticiens ayant une notoriété particulière, c'était la possibilité d'avoir une activité libérale au sein de l'hôpital. Celle-ci était en principe encadrée : le praticien ne pouvait y consacrer que 20% de son temps et réaliser au maximum 50% des actes. C'était déjà un peu étonnant qu'en 20% du temps, on puisse réaliser 50% des actes... Par ailleurs cela visait au départ surtout les PU-PH (médecins à la fois professeurs à l'université et praticiens hospitaliers, ce qui justifie un double salaire). Mais cela s'est rapidement étendu en dehors de ce cercle restreint et on a même vu des biologistes qui ont une activité libérale. Quel malade à jamais demandé que ses analyses soient faites par un biologiste particulier ? C'est en fait un prélèvement sans justification sur les recettes de l'hôpital. En outre, certaines spécialités sont exclues de fait : urgences, réanimation, gériatrie. Ceci crée des distorsions de rémunération qui peuvent être importantes : à l'AP-HP 335 médecins ont perçu à ce titre une moyenne de 115000 euros et 7 ont perçu plus de 450000 euros. Ce dernier chiffre interroge : ces médecins ont-ils encore une activité publique ? Certes ils gagnent moins que certains joueurs de foot dont l'utilité sociale est moindre mais tout de même...

On doit constater également que l'hôpital privé s'est restructuré beaucoup plus rapidement que l'hôpital public. Transférer certaines activités d'un hôpital public se trouvant dans une zone en déclin ou qui n'arrive à recruter ni praticien, ni patient pose toujours un problème politique même s'il est proposé une activité mieux adaptée à ses caractéristiques. Même quand un problème de sécurité des patients est mis en avant, il est très difficile d'éviter l'agitation politique et surtout médiatique.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui constituent un des éléments très positifs de l'évolution récente se sont souvent heurtés à l'opposition des élus qui craignaient de voir l'hôpital support du GHT absorber peu à peu les activités de leur hôpital alors que c'est le moyen de créer une vraie dynamique de groupe. L'hôpital privé a souvent réussi à s'adapter plus rapidement au développement de l'ambulatoire. Il a pu mettre en place des moyens suffisants et a été plus réactif sur les réorganisations indispensables que suppose l'ambulatoire et que l'on a souvent sous-estimées.

En effet le processus de prise en charge est sensiblement différent.

Tous ces éléments nécessitent des adaptations des différents acteurs des systèmes de santé : acteurs de la réglementation, Agences régionales de santé (ARS) et établissements hospitaliers publics.

Quelques pistes de réflexion

a. Améliorer le système de la T2A

L'expérience montre que tout dispositif administratif au bout d'un certain nombre d'années présente des faiblesses qui n'avaient pas été perçues au départ. C'est le cas de la T2A qui avait été un progrès par rapport à la dotation globale. Ce dispositif, comme on l'a vu, a été perturbé par la pratique qui a consisté à baisser chaque année les tarifs, ce qui obligeait à développer l'activité et à faire des économies. Or développer l'activité dans un contexte de pénurie de médecins n'est pas forcément évident, surtout si le territoire connaît un faible dynamisme démographique. Faire des économies n'est pas un tabou mais dans la mesure où les dépenses de personnel représentent plus de 60% des dépenses d'un hôpital, cela nécessite souvent du temps et un climat social apaisé.

Par ailleurs, comme on l'a vu, le développement de l'ambulatoire qui génère des économies pour la sécurité sociale, suppose une réorganisation des plateaux techniques et donc une capacité d'investissement que tous les hôpitaux n'ont plus.

La T2A reste un dispositif intéressant mais il faudrait sans doute réintégrer une part de dotation globale qui existait lors de sa mise en place. Cette part permettrait de tenir compte de la situation de chaque hôpital et de son contexte environnemental. En matière d'investissement, il faudrait aider les établissements à gérer d'une manière plus efficace la transition ambulatoire en leur apportant bien sûr une aide financière mais aussi une aide technique et organisationnelle.

b. Poursuivre la dynamique créée par les GHT

Les GHT ont obligé les hôpitaux publics à développer un esprit et une dynamique de groupe, ce qui avait déjà été réalisé par le secteur privé. Il existait déjà des coopérations entre les hôpitaux mais elles résultaient souvent plus d'initiatives individuelles que d'une véritable politique territoriale de parcours du patient.

Les GHT se mettent en place dans un contexte plus ou moins détendu. Ici cela se passe bien car il existait des coopérations et les différences de

taille rendent logique le choix de l'établissement support. Là les choses se passent moins bien car les établissements sont de taille équivalente et qu'il existait une certaine rivalité. Avec le temps et avec un peu de bonne volonté de la part des acteurs et notamment des élus, on peut penser que le climat s'apaisera.

Le GHT oblige à mettre obligatoirement en commun certaines fonctions : informatique, achats, formation ce qui n'est pas forcément simple quand les systèmes informatiques sont différents. Mais il oblige également les participants à définir un projet médical territorial. Pour l'élaborer, les équipes doivent apprendre à se connaître et réfléchir ensemble. D'ores et déjà, on voit se mettre en place des coopérations qui apportent des améliorations sensibles à la sécurité des patients.

Les GHT ont parfois rencontré des oppositions venant de collectifs politiques extérieurs aux établissements qui prétendent défendre l'hôpital public. Ils se trompent de cible, le GHT est au contraire un moyen efficace pour défendre l'hôpital public.

c. Resserrer les liens avec la médecine de ville

Les rapports des hôpitaux publics avec la médecine de ville sont très variables. Parfois les médecins de ville entretiennent d'excellentes relations avec leur hôpital ou certains viennent assurer des prestations ou faire de la co-utilisation des matériels. Mais souvent ils expriment un certain nombre de griefs : difficulté à joindre les hospitaliers pour échanger sur un patient, délai important dans la transmission des comptes rendus d'hospitalisation, sentiment d'une concurrence... À l'évidence les liens doivent devenir plus étroits notamment dans un contexte de multiplication des déserts médicaux. Par ailleurs les médecins de ville sont les prescripteurs les plus importants de l'hôpital. Devant les réticences des jeunes médecins face à l'exercice solitaire de la médecine, on pourrait imaginer des médecins hospitaliers à temps partiel qui participeraient en ville à un cabinet médical.

d. Poursuivre l'évolution des ARS

Les ARH avaient constitué un premier progrès par rapport à la tutelle préfectorale en devenant des organismes techniques dédiés à la tutelle des hôpitaux. Les ARS en ont constitué un second en sortant d'une vision hospitalocentrée pour embrasser tous les acteurs d'une politique de santé. Par ailleurs, les ARS sont devenues plus présentes dans la vie des hôpitaux alors même

que le conseil d'administration perdait beaucoup de ses pouvoirs en devenant un conseil de surveillance. Aujourd'hui les directeurs sont astreints à la fourniture régulière d'un nombre assez considérable d'indicateurs, ce qui n'est pas forcément une mauvaise chose sauf que c'est assez chronophage. Mais les ARS devraient se doter des moyens en spécialistes susceptibles d'apporter une aide technique aux directeurs sur certains sujets.

e. Faire évoluer le statut de l'hôpital

Fondamentalement l'hôpital public reste paralysé dans ses évolutions par son statut : personnel fonctionnaire, modalités de recrutement très encadrées, application du code des marchés publics... Il paraîtrait plus efficace de les transformer en établissements privés à but non lucratif, ce qui aurait sans doute l'aval de la majorité des directeurs. Mais ce serait peut-être un chiffon rouge pour les organisations syndicales même si le personnel n'y perdrait pas forcément, au contraire.

N'en déplaise aux ministres successifs de la santé qui ont toujours déclaré, pour rester dans la bien-pensance, que l'hôpital public n'était pas une entreprise : ce n'est à coup sûr pas une administration. L'hôpital public a des « clients » même si on les appelle des patients ; il est soumis à la concurrence ; il a un compte d'exploitation et un bilan. La meilleure preuve est que les hôpitaux privés sont des entreprises. La différence est que le but de l'hôpital public n'est pas de faire des bénéfices pour rémunérer des actionnaires. Un précédent délégué de la Fédération hospitalière de France disait que l'hôpital public est une entreprise de service public. C'est la bonne formule.

Il faudrait en tirer les conséquences. On constate en effet que les ESPIC se portent mieux en général que les hôpitaux publics. Ils ont un régime fiscal plutôt plus favorable, ils ont la possibilité d'intéresser les personnels aux résultats et la gestion est beaucoup plus souple. La contrepartie, ce serait la perte d'un comptable public que certains réclament mais il faut être conscient néanmoins que l'intervention des trésoreries de la DGFIP dans l'exécution des recettes et des dépenses est une forme déguisée de subvention de l'État aux hôpitaux.

En conclusion, la situation de l'hôpital public est très grave. Or, sa bonne santé est un gage de démocratie sanitaire. Au train où vont les choses, les personnes à revenus modestes risquent de ne plus avoir accès à certains soins. C'est la situation que l'on peut constater aux États-Unis et plus près de nous au Portugal. La France pouvait se vanter à juste titre de disposer de l'un des meilleurs systèmes de santé au monde même s'il a commencé à se fissurer. Faisons en sorte de le conserver. ■