



L'hôpital public à l'épreuve du néolibéralisme

Pourquoi l'hôpital public n'est-il plus en mesure de
répondre aux urgences sanitaires ?

Nathalie Coutinet et Jean-Paul Domin



La faible capacité d'accueil des malades de la Covid-19 dans les hôpitaux publics est apparue comme un révélateur de la crise que traverse l'hôpital public. L'objet de cette note est d'apporter, à partir d'une rapide analyse des réformes successives imposées aux hôpitaux publics, des éléments d'explication de cette situation. Au début des années 1980, les pouvoirs publics sont inquiets de la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui a progressé de 4,4 points dans le PIB entre 1950 et 1985 (*Soual, 2017*). Politiquement, il est admis qu'il est urgent de réformer le secteur. Deux solutions s'offrent alors aux pouvoirs publics. La première est de réformer la médecine libérale. Mais, cela présente de nombreux risques politiques. La seconde est de revoir en profondeur la gestion de l'hôpital public qui représente plus de la moitié de la CSBM. C'est elle qui va progressivement émerger. Pour répondre à cet objectif politique deux types de réformes vont être mises en œuvre à l'hôpital. Les premières se sont focalisées sur son organisation jugée trop bureaucratique et pas assez ouverte aux mécanismes de marché tandis que les secondes ont porté sur son financement et ont eu comme objectif majeur de contraindre les hôpitaux publics à mimer le fonctionnement des entreprises privées (1). Les changements gestionnaires ont fortement modifié le fonctionnement des établissements publics, mais également leur environnement concurrentiel (2).

* * *

1. Faire de l'hôpital une entreprise comme une autre

Depuis le milieu des années 1980, l'obsession du pouvoir politique est d'introduire des mécanismes de gestion issus des entreprises privées au sein des hôpitaux publics afin de limiter la croissance des dépenses. Au sein du ministère de la Santé, l'objectif de la Direction des hôpitaux est d'introduire un esprit d'entreprise au sein des établissements afin de limiter les lourdeurs administratives et d'impliquer de plus en plus les personnels dans la gestion des établissements de santé (*Domin, 2013*). Le décret du 11 août 1983 met en place un découpage des établissements en



centres de responsabilité. Désormais, les médecins sont associés à la gestion des services dont ils assurent la responsabilité. L'innovation de cette nouvelle organisation réside dans les nouvelles attributions qui incombent au chef de service (détermination du budget, mise en œuvre de dispositifs d'information et de concertation...). Il s'agit d'une première étape dans la transformation

de l'hôpital en entreprise (*Domin, 2015*).

Les changements s'accroissent au début des années 1990. C'est, par exemple, dans ce but qu'en 1991 la loi impose aux hôpitaux de développer une démarche par projet, le projet d'établissement, comme unique mode d'organisation. Pour ses partisans, la démarche par projet a pour objectif de rassembler des forces antagonistes autour d'un projet commun, le projet d'établissement. Le changement repose sur l'émergence de sociétés de conseil chargées de conseiller les directions d'établissement dans la « *conduite du changement* » et de les aider à construire des schémas managériaux. Dans les faits, la réforme se traduit par le développement de techniques de rationalisation de l'activité qui reposent sur l'évaluation croissante des personnels hospitaliers (notamment le chronométrage des tâches). Au final, la loi de 1991 a entraîné le développement de nouvelles formes de contestation, mais également des dysfonctionnements évidents.

En 1996, l'Etat met en place un dispositif de contractualisation entre les hôpitaux et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)¹. Dans les années 2000, l'application des techniques managériales s'accroît. La loi du 22 juillet 2009 modifie l'organisation des hôpitaux en imposant une structure pyramidale : unité fonctionnelle, services et pôles. C'est le point de départ de la domination de la logique managériale. Les agences régionales de santé (ARS) définissent désormais des contrats d'objectif et de moyen avec les directions des hôpitaux, contrats qui sont ensuite concrétisés avec les directeurs de pôles d'activité. Ces transformations organisationnelles sont considérées par les pouvoirs publics comme une étape supplémentaire dans le processus de modernisation de l'hôpital : elle est sensée introduire une méthode de gestion axée sur la qualité et la participation. Elles ont pour but de parer au prétendu manque d'autonomie et de réactivité des hôpitaux, à leur lourdeur bureaucratique. Les contrats d'objectifs et de moyens visent à motiver et responsabiliser les acteurs. A ces transformations organisationnelles est associée une modification de la rémunération des chirurgiens. Pour les « *motiver* », et augmenter le nombre d'actes « *rentables* » réalisés, ceux-ci peuvent recevoir une part variable de rémunération à la performance fondée sur des objectifs qualitatifs et quantitatifs.

¹ Les ARH sont mises en œuvre par une ordonnance du 24 avril 1996. Elles seront transformées en agences régionales de la santé par la loi du 22 juillet 2009.



A ces réformes d'organisation s'ajoutent des transformations du financement de l'hôpital depuis le début des années 1980. La loi du 19 janvier 1983 met en place un nouveau dispositif : le budget global. Désormais, le financement des établissements hospitaliers est versé tous les mois. Si la loi vante l'élaboration démocratique du budget des établissements hospitaliers, la réalité est bien différente :

le ministère prend le pouvoir sur les établissements et profite du budget global pour opérer des redéploiements entre établissements. Au final, la réforme du financement a essentiellement profité aux établissements des grandes métropoles et a permis la mise en œuvre d'un rationnement aveugle.

L'instauration, en 2004, de la Tarification à l'activité (T2A) marque une nouvelle étape dans la gestion financière de l'hôpital. Ce mode de tarification vise à définir un prix à chacun des actes et donc à rémunérer l'hôpital en fonction de son activité médicale et chirurgicale. Pour cela, les malades sont classés dans des Groupes homogènes de séjour (GHS) auxquels correspondent des niveaux de rémunération par type d'actes. Si le coût réel de soins du patient est inférieur au tarif du GHS, l'hôpital gagne de l'argent tandis que si le coût est supérieur il en perd. Cette technique dite de concurrence par comparaison incite donc les établissements à diminuer leurs coûts.

La T2A représente aujourd'hui 70 % des ressources des hôpitaux publics et elle s'applique aux activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie. Elle a pour objectif de pousser les hôpitaux à réduire leurs coûts, notamment en personnel. Elle conduit à une « *course à la rentabilité* » qui présente de nombreux effets pervers. D'abord, elle amène les hôpitaux à sélectionner les patients les plus « *rentables* » ou à inciter les autres à sortir plus rapidement de l'hôpital (avec les risques associés, rechutes par exemple et le report de la charge des soins sur les familles, les femmes en particulier). Ensuite, elle incite les hôpitaux à se spécialiser sur les pathologies les plus rémunératrices, comme la chirurgie orthopédique (*Choné & al., 2014*), et à délaisser (fermer des lits) dans les pathologies les moins rentables (telles que la réanimation ou les urgences). Elle est aussi mal adaptée pour les patients ayant des maladies chroniques et souffrant de plusieurs pathologies. Enfin, elle pousse les hôpitaux à choisir pour chacun des patients le GHS le plus élevé et pourrait conduire à augmenter les dépenses hospitalières ce à quoi le ministère répond en diminuant le tarif de certains GHS.

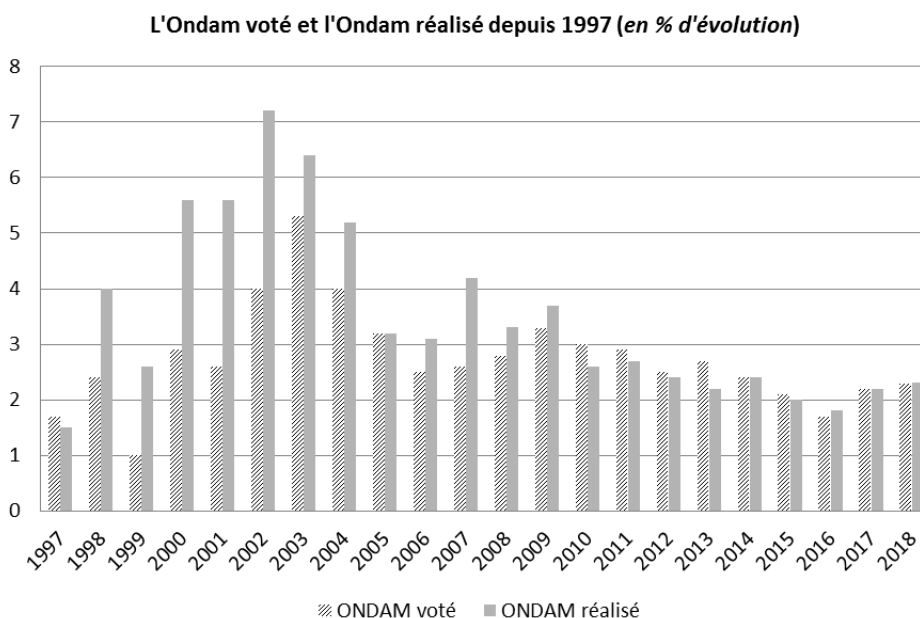
Mais l'hôpital public a une mission de service public à remplir et il ne peut pas délaisser certaines activités. Or ce sont généralement les activités liées à cette mission de service public qui sont tarifées à un prix inférieur à leur coût mettant les hôpitaux publics en situation de déficit. L'Etat compense partiellement ce déficit en accordant des financements forfaitaires ainsi qu'une dotation de financement pour les « *missions d'intérêt général* ». Les urgences sont financées de cette façon. Cependant, afin de limiter les dépenses de santé, ces financements sont en en



baisse continue depuis plusieurs années. Enfin et c'est un aspect majeur, pour les personnels hospitaliers, notamment les soignants (infirmiers, aides-soignants etc.), la course à la rentabilité liée à la T2A a accentué la souffrance au travail qui conduit à des situations dramatiques. Toujours moins nombreux, les personnels sont confrontés à des rythmes de travail toujours croissants (*Benallah & Domin, 2018*). À cela s'ajoute la mise en œuvre de la réforme sur la durée du travail qui s'est révélée chaotique dans les établissements hospitaliers (*Tonneau, 2004*).

La T2A a été instaurée pour réduire de manière continue les dépenses de santé. Cette réduction se traduit par une croissance insuffisante et toujours plus faible de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Mis en place en 1996, afin de maîtriser les dépenses d'assurance maladie, cet objectif de dépenses définit un plafond à ne pas dépasser. Il est voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). L'ONDAM ne constitue pas un plafond indépassable de dépenses, au sens des lois de finances. : il fixe un objectif pouvant être dépassé car l'assurance maladie ne suspend pas la prise en charge des soins une fois le montant de l'objectif atteint.

Comme le montre le graphique ci-dessous, l'ONDAM est en diminution depuis plusieurs années. S'il a parfois été largement dépassé, depuis 2010 il ne l'est plus. Fait inédit, les dépenses réalisées ont même été souvent inférieures à l'ONDAM depuis 10 ans.



Source : Commission des affaires sociales, à partir des données de la direction de la sécurité sociale (DSS) et des comptes de la sécurité sociale



Pour 2020, la loi de financement de la Sécurité sociale prévoyait une hausse de l'ONDAM de 2,3 %, une hausse plus faible que l'année précédente, représentant un effort de maîtrise de l'évolution des dépenses de plus de 4 milliards d'euros. Le gouvernement avait justifié cette contrainte par ses objectifs de réduction de la dépense publique.

L'ONDAM qui constitue un objectif global pour l'ensemble des dépenses maladie est composé de différents sous-objectifs dont la liste et le montant sont votés par le parlement.

Tableau n° 1 : Évolution de l'ONDAM 2019 et 2020

	Taux de progression (2019)	Taux de progression (2020)	Rectification Décembre 2019 (Plan hôpital)
Ondam soins de ville (dont médicaments)	2,2%	2,4%	
Ondam hospitalier	2,7%	2,1%	2,4% (+0,3 points)
Ondam médico-social	2%	2,8%	
Dont			
Personnes âgées	2,1%	3,1%	
Personnes handicapées	2,3%	2,6%	
Autres	11,2%	5,2%	
Total	2,5%	2,3%	2,45% (+0,15 points)

Source : Commission des affaires sociales, à partir des données de la direction de la sécurité sociale (DSS) et des comptes de la sécurité sociale

Ces sous objectifs reflètent avant tout les choix politiques des gouvernements. En 2020, malgré les mouvements sociaux débutés en 2019, dénonçant le sous financement croissant de l'hôpital public, l'ONDAM pour l'hôpital est en baisse par rapport à l'année précédente et inférieur à l'ONDAM pour la médecine de ville, avant d'être légèrement relevé (de 0,3 point à l'hôpital, 0,15 point en moyenne) face au mouvement porté notamment par le Collectif Inter-Hôpitaux.

Bien que révisé à 2,45 %, l'ONDAM reste bien inférieur aux 4,4 % qui seraient nécessaires au minimum pour suivre l'évolution tendancielle des besoins. Cela représente 4,2 milliards d'euros d'économies pour 2020, c'est-à-dire de sous financement au regard des besoins estimés avant la crise sanitaire (*Rapports des comptes de la sécurité sociale, 2019*).



Ces économies sont notamment réalisées par une réduction continue des tarifs de la T2A, avec pour effet d'augmenter la pression sur les personnels et de creuser toujours plus les déficits des hôpitaux. En neuf ans, les tarifs payés par l'assurance maladie aux hôpitaux ont baissé de 5 %. En 2018, le déficit des hôpitaux publics et privés a atteint près de 650 millions d'euros, déficit particulièrement élevé pour les CHU (centres hospitalo-universitaires). Ces déficits cumulés ont généré une dette évaluée à 30 milliards d'euros. Ainsi, entre 2002 et 2016, l'endettement des hôpitaux publics est passé de 32,9 % de leurs ressources stables à 51,7 %. Face à cet endettement croissant, les hôpitaux ont drastiquement réduit leurs investissements qui, sur la même période, sont passés de 7,2 % de leurs recettes à 5,9 %².

On comprend, au regard de ces différents éléments, qu'avant la crise sanitaire, les difficultés de l'hôpital public sont directement liées à la doctrine néolibérale.

D'une part, elle résulte de la volonté de faire fonctionner un hôpital comme une entreprise en lui fixant des objectifs de rentabilité. C'est le *New public management*. Mais, l'hôpital ne peut pas être rentable quand les tarifs imposés sont inférieurs au coût de production ! Quelle entreprise privée pourrait survivre dans de telles conditions ?

D'autre part, la crise actuelle s'inscrit dans la doctrine néolibérale de réduction de la fiscalité en cherchant à réduire toujours plus les dépenses publiques de santé. L'impôt supposé freiner l'initiative individuelle est considéré par cette doctrine comme nuisible aux forces du marché. Or, si un gouvernement souhaite diminuer significativement les dépenses publiques il doit s'attaquer aux dépenses sociales composées principalement des dépenses de santé et de retraites. Pour simplifier et avoir des ordres de grandeur, on peut rappeler que les administrations publiques prélèvent en France environ la moitié du PIB (46 % en 2018) soit 1 060 milliards d'euros (pour un PIB de 2 300 milliards d'euros). Ces prélèvements se répartissent entre les dépenses de protection sociale (741 milliards d'euros, soit 32 % du PIB) et le budget de l'État central et des collectivités locales (320 milliards, soit 14 % du PIB). Difficile, donc, de réduire les dépenses publiques sans réduire les dépenses de protection sociale. Or cette volonté de couper dans la dépense publique, fondamentalement idéologique, ne peut pas s'appuyer sur l'argument souvent évoqué du déficit de la sécurité sociale car aujourd'hui les comptes de la sécurité sociale sont quasiment équilibrés (*Lecanu, 2019 ; Sterdyniak, 2019*). Le faible déficit actuel résulte des décisions prises par le gouvernement à la suite du mouvement des

² Un rapport sur de la Cour des comptes sur la dette des établissements publics de santé soulignait, en avril 2014, que sur les 30 milliards d'euros de dette de ces établissements, 20% était constitué d'emprunts toxiques.



gilets jaunes (suppression des cotisations sociales sur les heures supplémentaires notamment).

* * *

2. Une évolution radicale de l'environnement concurrentiel

Ces réformes successives ont entraîné une transformation de l'organisation de l'offre hospitalière. Le secteur hospitalier français est composé d'établissements publics (1 364 hôpitaux publics), d'établissements privés à but non lucratif (680 établissements) et de cliniques privées à but lucratif (1 002 établissements). Depuis le début des années 2000, ces dernières se transforment profondément et se concentrent. De grands groupes émergent, notamment Ramsay santé, Elsan, Vivalto. En 2000, les groupes de cliniques ne représentaient pas plus de 15 % du marché des cliniques privées lucratives. Aujourd'hui, la situation a radicalement évolué dans la mesure où les deux groupes de tête, Ramsay santé et Elsan, représentent 45 % de ce même marché. Ces groupes privés attirent des investisseurs sur des marchés boursiers, mais la rentabilité du secteur qui est de 3,5 % en 2017 (*Toutlemonde, 2019*) reste peu importante.

Globalement, le nombre de séjours en hospitalisation complète tend, depuis plusieurs années, à diminuer légèrement (-0,8 %) tandis que les hospitalisations partielles, autrement appelées ambulatoires (c'est à dire de moins de un jour) représentent ainsi 13,4 % des journées en 2017 (hors soins de longue durée). Enfin le nombre d'établissements de santé diminue progressivement. Entre 2013 et 2017, le nombre d'hôpitaux de statut public ou privé à but non lucratif a diminué régulièrement (-126 établissements en quatre ans), diminution qui a surtout concerné les établissements de soins de longue durée (SLD), ainsi que des hôpitaux locaux. Le nombre de cliniques privées a également diminué mais de façon plus faible (-20 cliniques en quatre ans) et a concerné les cliniques de soins de courte durée ou pluridisciplinaires (-34 entités). En revanche le nombre de cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) a progressé (+16 entités). Ainsi, la diminution de l'offre publique de soins de longue durée a été compensée par une augmentation de l'offre privée. Au total, en 2017 et au niveau national, environ 61 % des lits et places sont situés dans des établissements publics de santé, 15 % dans les établissements privés à but non lucratif et 24 % dans les cliniques privées à but lucratif (*Toutlemonde, 2019*).

Les tableaux ci-dessous montrent de façon plus précise que, depuis une quinzaine d'années, l'organisation de l'offre de soins évolue : Les capacités d'hospitalisation à temps plein diminuent progressivement tandis que les places en hospitalisation partielle augmentent³. Ainsi en 2017, l'offre hospitalière est proche de 400 000 lits d'hospitalisation à temps complet, soit 69 000 lits de moins qu'en 2003. En

³ Le secteur hospitalier français est constitué de structures disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places)



contrepartie, le nombre de places en hospitalisation partielle a augmenté de façon importante pour atteindre un total de 75 452 places en 2017, soit une hausse de 26 089 places en quatorze ans. Cette augmentation est particulièrement importante pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO) et les soins de suite et de réadaptation (SSR).

Tableau n°2 : Évolution du nombre de lits en hospitalisation complète entre 2003 et 2017

	2003	2017	Évolution
MCO	236 407	206 619	-12,6%
Psychiatrie	59 590	56 014	-6%
SSR	92 432	105 725	+14%
USLD	79 989	31 507	-60,6%
Ensemble	468 418	399 865	-14,6%

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

Champ : France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA

Sources : DREES, SAE 2003-2017, traitements DREES

Tableau n°3 : Évolution du nombre de places en hospitalisation partielle entre 2003 et 2017

	2003	2017	Évolution
MCO	17 964	32 734	+82,2%
Psychiatrie	26 382	29 512	+11,8%
SSR	5 017	13 206	+163,2%
Ensemble	49 363	75 452	+52,8%

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ : France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources : DREES, SAE 2003-2017, traitements DREES

Cependant, si ces évolutions ont entraîné une diminution du nombre de lits, comparée à ses partenaires économiques, la France dispose d'un nombre de lits



pour 1 000 habitants plutôt élevé. Le tableau ci-dessous montre que, dans de nombreux pays, le nombre de lits a diminué dans des proportions comparables.

Tableau n°4 : Évolution du nombre de lits pour 1 000 habitants entre 2003 et 2017

Nombre de lits	2003	2017
Allemagne	8,74	8
États-Unis	3,3	2,8
France	7,55	6
Italie	4,2	3,2
Japon	14,3	13,1
Royaume Uni	3,96	2,5

Sources : Données OCDE

Les quelques données présentées ici illustrent la volonté des pouvoirs publics de réduire l'offre hospitalière publique pour certains types de soins (soins de suite par exemple) et de recourir de façon croissante à l'hospitalisation partielle. Si cette dernière peut se révéler efficace, elle a cependant comme conséquence de reporter une partie du coût de la prise en charge sur les patients. Ce recours croissant à l'hospitalisation partielle est une conséquence directe de l'application de la T2A. Rémunérés à l'acte, les hôpitaux ont intérêt à faire sortir les patients le plus rapidement possible. Enfin, ces réformes ont encouragé le développement d'une offre hospitalière privée à but lucratif pour les soins « *délaissés* » par le secteur public. Les différences dans les conditions de fonctionnement et les caractéristiques sociales des patients pris en charge par les secteur public et privé expliquent que les cliniques privées soient rentables là où le secteur public ne l'est pas toujours.

En 2017 le chiffre d'affaires des cliniques privées s'établit à 15 milliards d'euros, son plus haut niveau depuis 2006 et en hausse de 2,1 % par rapport à 2016. En 2010 ce chiffre d'affaires était de 12,5 milliards d'euros. Les cliniques privées ont su tirer profit du tournant de la T2A en se spécialisant sur les actes ambulatoires (hospitalisation partielle) qui sont survalorisés par rapport aux actes avec hospitalisation et de l'existence d'une double T2A, une pour les établissements publics et privés non lucratifs, une autre pour les structures privées lucratives. En



2003, lors de la mise en place de la T2A, le législateur a souhaité accélérer la convergence tarifaire entre les établissements public et privé, pour laquelle milite la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). Depuis la loi du 22 juillet 2009, les établissements privés lucratifs peuvent recevoir des enveloppes budgétaires liées aux missions d'intérêt général (urgences, recherche...) et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette situation accélère le processus de convergence tarifaire entre les secteurs privé et public. La convergence a été abandonnée, mais elle revient de façon récurrente, portée par les thuriféraires du marché de la santé qui pensent que seule la concurrence permettra de diminuer les coûts.

Trois raisons expliquent le coût supérieur du service public. La première est liée à l'organisation même de l'hôpital public. Celui-ci se caractérise en effet par un large éventail de cas traité, le *case mix*. En d'autres termes, il reçoit un grand nombre de patients atteints de pathologies assez différentes les unes des autres qui nécessitent l'organisation d'une large gamme de services, qui est nécessairement plus coûteuse que des services mutualisés. C'est moins le cas pour les cliniques privées qui se spécialisent sur quelques créneaux seulement et notamment les plus rentables (chirurgie orthopédique, par exemple). Les obligations de service public génèrent des coûts supplémentaires liés à l'impossibilité pour certains établissements de réaliser des économies d'échelle. Dans le même ordre d'idée, les obligations de service public entraînent également des contraintes qui se reportent sur les coûts d'organisation.

La deuxième raison est liée à la structure de la patientèle des cliniques privées lucratives. Les patients qui y sont traités appartiennent en effet majoritairement à des catégories sociales aisées. Ils sont médicalement bien suivis et sont donc moins coûteux à soigner. La fréquentation d'un établissement privé est fortement liée à la profession ou la catégorie sociale. En 2007, près des deux tiers des personnes hospitalisées cadres ou appartenant aux professions intellectuelles supérieures l'ont été exclusivement dans une clinique privée. La proportion est plus importante que pour les ouvriers (deux hospitalisés sur cinq) et les chômeurs. Le gradient social est particulièrement marqué en obstétrique dans la mesure où 79 % des femmes (cadres ou professions intellectuelles supérieures) fréquentent un établissement privé contre 37 % des femmes exerçant une profession intermédiaire, 14 % des employées et 10 % des ouvrières. *A contrario*, le gradient social n'est pas le même selon la catégorie majeure de diagnostic. Ainsi, les pathologies lourdes sont davantage prises en charge dans les établissements publics hospitaliers que dans les cliniques privées à but lucratif (*Pradines & Calvet, 2016*).

La troisième raison est liée au coût de la propriété immobilière qui constitue un autre exemple de contraintes liées aux services publics. Les structures privées n'ont pas ce type de coûts dans la mesure où elles sont locataires de sociétés



immobilières. Deux structures dominent le secteur. La première, Icade santé, est une filiale d'Icade qui est elle-même une filiale de la Caisse des dépôts et consignations. Cette structure s'est spécialisée sur le marché de l'immobilier sanitaire. Elle possède un portefeuille de 135 établissements de santé valorisé à hauteur de 5,5 milliards d'euros. Elle est déjà partenaire de marques reconnues (Elsan, Ramsay Santé, Vivalto) ainsi que des groupes régionaux. Icade souhaite également investir le marché des EHPAD et annonce un accord de partenariat avec le groupe Korian. La seconde structure, Primonial Reim, possède plus de 200 établissements (EHPAD, MCO, SSR, ...) sur le territoire après l'acquisition de la Gécimed en 2016. Primonial est la propriété de la Caisse des dépôts et consignation et de Prédica à hauteur de 18,5 %. Cette solution permet aux grands groupes privés de limiter leurs coûts immobiliers.

* * *

Conclusion

La crise liée à l'épidémie de Covid-19 a montré toutes les limites du système hospitalier français, notamment de sa capacité à répondre rapidement, et la nécessité d'investir massivement des fonds publics dans celui-ci. La présidence de la République a demandé à la Caisse des dépôts et consignations de réfléchir à une réforme du système de soins. Un article (*Mauduit & Orange, 2020*) publié par *Mediapart* le 1^{er} avril 2020 en révèle le contenu.

La CDC propose plusieurs solutions pour le renouveau de l'hôpital. La première est de s'attaquer à la question de la dette, notamment celle des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) *via* un fonds de dette qui prêterait soit à ces établissements, soit à leurs propriétaires (généralement des mutuelles). La deuxième solution consisterait à mettre en œuvre un fonds de partage sur le modèle du France 2i (France invest impact) de la Fondation de France. Ce dispositif de *private equity* (c'est-à-dire de financement des entreprises non cotées) prend appui sur de la finance spéculative orientée vers le secteur social. Enfin, la note prône le développement de partenariats publics privés (PPP) pour la construction de nouveaux hôpitaux publics. Cette dernière proposition est surprenante si on se réfère à un rapport récent de la Cour des comptes européenne qui recommande de cesser de recourir aux PPP compte tenu des problèmes juridiques et financiers posés par ce type de partenariats. En tout état de cause les solutions proposées ne préconisent pas l'investissement public.



Il y a, dans ce cas, un évident conflit d'intérêt dans la mesure où la Caisse des dépôts et consignations est propriétaire, *via* une de ses filiales Icade santé, d'un patrimoine immobilier important (135 établissements privés valorisés à hauteur de 5,5 milliards d'euros). Les propositions portées dans ce rapport accélèrent la privatisation de l'hôpital public et constituent une menace réelle pour un accès

égal à la santé.

Nos propositions pour l'hôpital sont bien différentes. Il apparaît clairement que la crise sanitaire en cours n'a fait que révéler les failles engendrées par les politiques menées depuis le début des années 1980. Il nous semble que trois chantiers doivent être envisagés : le financement, la gouvernance et l'environnement.

I. Le financement

La question est d'actualité. Il faut d'abord desserrer la contrainte générée par l'ONDAM hospitalier. La commission des comptes de la sécurité sociale estime que sa progression doit se situer autour de 4% par an⁴. Il faut ensuite faire évoluer la T2A qui joue trop sur les incitations et qui favorise l'ambulatoire et surtout l'abandon des spécialités coûteuses. Pour cela il convient non seulement de cesser de baisser les tarifs mais également remplacer pour un autre mode de financement pour les maladies chroniques ou la prise en charge des patients ayant plusieurs pathologies. Il faut également réfléchir à la transformation de l'enveloppe des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) qui ne permettent pas un financement suffisant des urgences.

II. La gouvernance

Il faut ensuite repenser la gouvernance de l'hôpital. L'urgence est de revoir la prise de décision. Depuis la loi du 31 juillet 1991, le conseil d'administration (CA) a perdu tous ses pouvoirs au profit du directeur, qui tient ses prérogatives de l'ARS. La transformation du CA en Conseil de surveillance (CS) en 2009 ne change rien. Cette structure n'a plus les moyens de « *surveiller* », bien au contraire. Il apparaît important de revoir la démocratie interne au sein de l'hôpital. Une solution serait de revaloriser la représentation des personnels et des usagers au sein du CS. Dans le même temps, il faut repenser le fonctionnement des services, notamment en stoppant le développement des méthodes de management issues du secteur privé. L'hôpital public n'est pas une entreprise et lui appliquer les mêmes méthodes de gestion est non seulement absurde mais aussi inefficace.

La question de la rémunération des personnels hospitaliers est également un problème majeur. Il est absolument nécessaire de revaloriser les salaires, en particulier les bas salaires, à l'hôpital en jouant sur les indices. Cette revalorisation

⁴ Les dépenses liées à la crise sanitaire devraient conduire à une hausse de 6,4% de l'ONDAM en 2020.



des salaires est impérative car elle doit permettre aux hôpitaux publics d'embaucher les personnels dont ils ont cruellement besoin. Il y a actuellement dans les hôpitaux publics notamment dans les CHU des grandes agglomérations des postes de soignants (aides-soignantes, infirmiers, manipulateurs radio etc.) non pourvus car le niveau des rémunérations est insuffisant et les conditions de travail sont difficiles. Seule une augmentation sensible des salaires de ces personnels, très majoritairement féminins, permettrait aux hôpitaux de disposer de ces personnels en nombre suffisant.

III. L'environnement de l'hôpital

Enfin, la résolution de la crise de l'hôpital public ne peut se faire sans repenser son évolution au sein du système de santé dans sa globalité. Ainsi, par exemple, la crise des urgences qui est au cœur de l'actualité depuis quelques mois devrait nous alerter ! Pourquoi les usagers vont-ils aux urgences ? D'abord parce qu'ils ne trouvent pas de cabinets de médecins libéraux ouverts avant ou après les horaires ouvrables. Progressivement, les médecins libéraux ont abandonné la permanence des soins. Mais pour cela il faut engager des discussions et avec les organisations représentatives des médecins libéraux. Ensuite, certains patients trouvent au plus près de chez eux qu'un établissement hospitalier. Il apparaît urgent de régler la question des déserts médicaux. Enfin, parce qu'il est quasiment impossible dans certaines agglomérations de consulter un spécialiste pratiquant des honoraires de secteur 1 (pris en charge à 65% par la sécurité sociale et à 35% par les organismes d'assurance complémentaire, moins 1 euro de participation forfaitaire). Pour une proportion importante de la population, seul l'hôpital public offre des consultations de spécialistes sans reste à charge.

* * *

Bibliographie

Benallah, S. & Domin, J.-P. (2018). Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? *Travail et emploi*, (152), 5-31.

Choné, P., Evain, F., Wilner, L. & Yilmaz, E. (2014). Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? *Études et résultats*, (862).

Domin, J.-P. (2013). *Une histoire économique de l'hôpital (XIX^e-XX^e siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome II (1945-2009)*. Paris: CHSS, La Documentation française.

Domin, J.-P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Revue de la régulation*, (17).



Lecanu, C. (2019). Compte provisoire de la protection sociale : le retour à l'excédent de 2017 s'amplifie en 2018. *Études et résultats*, (1131).

Mauduit, L. & Orange, M. (2020). Hôpital public : la note explosive de la Caisse des dépôts. *Médiapart*.

Pradines, N. & Calvet, L. (2016). Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées. *Études et résultats*, (976).

Soual, H. (2017). Les dépenses de santé depuis 1950. *Études et résultats*, (1017).

Sterdyniak, H. (2019). *Le déficit de la Sécurité sociale, un mensonge d'État*. Paris: Les économistes atterrés.

Tonneau, D. (2004). Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation. *Études et résultats*, (302).

Toutlemonde, F. (Éd), (2019). *Les établissements de santé*. Paris: Drees.

* * *