

HEIP – L'OBSERVATOIRE DES TEMPORALITES

L'hôpital public à l'expérience de la pandémie : vers un nouveau modèle ?

Rapport du pôle santé
du 01 octobre 2021

Coordinateur :
Pierre MOURLEVAT

Rédacteurs :
Patrick BEEUSAERT
El Hadi BENMANSOUR
Pauline DUBAR
Evelyne GAUSSENS
Nada NADIF

L'hôpital public à l'expérience de la pandémie : vers un nouveau modèle ?

**Rapport du pôle
Santé de
HEIP - L'OBSERVATOIRE DES TEMPORALITES**

01 octobre 2021

REMERCIEMENTS	06
MÉTHODOLOGIE	07
I. LES LECONS DE LA CRISE SANITAIRE : SOUS LA PRESSION DE LA PREMIÈRE VAGUE, UNE REMISE EN CAUSE DE FACTO DU MODÈLE D'EFFICIENCE.	01
I.1. AVANT LA CRISE SANITAIRE : RATIONALISATION ET ECONOMIES BUDGÉTAIRES.	08
A. Par la multiplication des plans de restructuration du système de santé.	
B. Par une politique de modération salariale	
I.2. LA CRISE SANITAIRE A JOUÉ COMME UN RÉVÉLATEUR DES FRAGILITÉS DE L'HÔPITAL PUBLIC, INSUFFISAMMENT ARMÉ POUR AFFRONTER UNE PANDÉMIE	10
I.3. LA GESTION DE CRISE A CONDUIT À REMETTRE EN CAUSE DE FACTO LE MODÈLE D'EFFICIENCE : PAS DE LIMITES POUR LES DÉPENSES.	11
II. UNE RÉFLEXION NOUVELLE SUR LA PORTÉE DE LA TRANSFORMATION EN COURS DE L'HÔPITAL PUBLIC : POINT DE DÉPART DE LA CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU MODÈLE OU AJUSTEMENT DU MODÈLE TRADITIONNEL ?	13
CONCLUSIONS	15
ANNEXE 1 : NOTES	16
ANNEXE 2 : RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	17

Méthodologie

PERSPECTIVES – HEIP pôle santé est un observatoire consultatif de réflexion sur les politiques publiques de santé. Réunissant une représentation diverse (6 personnes) des parties prenantes aux questions relatives au système de santé. En s'appuyant sur cet éventail d'acteurs, PERSPECTIVES – HEIP pôle santé publique a pour missions de permettre la création de notes de synthèse et de contribuer à l'organisation du débat public sur les questions de santé. Elle formule alors tout avis ou proposition visant à améliorer le système de santé.

A l'issu de ce travail, une publication publique est prévue, ainsi qu'un colloque permettant d'approfondir les forces de propositions autour de tables rondes avec des experts dans leur domaine.

La pandémie a agi comme un révélateur des faiblesses de l'hôpital public, et de son modèle de financement. La présente note analyse le modèle traditionnel, le choc de la crise sanitaire sur ce modèle, les mesures qui ont été prises en réaction, l'interrelation entre ces mesures et le projet de réforme qui préexistait à la crise, avant d'étudier si les transformations en cours conduisent ou non à un nouveau modèle.

I. LES LECONS DE LA CRISE SANITAIRE : SOUS LA PRESSION DE LA PREMIÈRE VAGUE, UNE REMISE EN CAUSE DE FACTO DU MODÈLE D'EFFICIENCE.

I.1. AVANT LA CRISE SANITAIRE : RATIONALISATION ET ECONOMIES BUDGÉTAIRES.

Au plan politique, l'hôpital public a été considéré de longue date comme source de dépenses excessives qu'il faut contrôler par le cadrage des effectifs, les réformes tarifaires et par le freinage de l'augmentation des dépenses en dépit de la progression des coûts des activités médicales.

L'ONDAM (« objectif national de dépenses d'assurances maladie », fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) concentre en effet les critiques, dans la mesure où il conduit à réguler les dépenses sur la base de critères budgétaires (réduire le déficit de la sécurité sociale), et sans prendre en compte suffisamment les besoins de l'hôpital, surtout dans une période marquée par une augmentation de l'activité. Pierre-Louis Le Bras estime ainsi, dans son rapport du 25 mars 2021 (voir bibliographie) que « sur la décennie 2010, la politique des finances publiques s'est traduite par des ONDAM contraints qui ont pesé sur les ressources des hôpitaux publics alors même que ceux-ci délivraient de plus en plus en soins. »

Le clivage entre le monde médical et le pouvoir politique sur les moyens matériels de l'hôpital n'a cessé de se creuser, avec souvent un dialogue de sourds, comme l'illustrent les positions assumées de Simone Veil Ministre de la santé en 1974 (Simone Veil : « Une vie », mémoires), de nombreux rapports parlementaires, ainsi que les programmes de nombreux partis politiques avant la crise. Le fil directeur des politiques publiques était ainsi le contrôle des dépenses et l'application d'objectifs d'efficacité pluriannuels :

A. Par la multiplication des plans de restructuration du système de santé

Le plan « ma santé 2022 » apporte une confirmation du « modèle d'efficacité » qui s'impose au système hospitalier depuis les différents plans qui se sont succédés dans les années 1990-2000-2010 : fixation d'une trajectoire de retour à l'équilibre budgétaire sur le moyen terme, par une réduction des effectifs en personnel hospitalier et du nombre de lits, via notamment la fermeture de petites structures et la création des groupements hospitaliers de territoires, incitation à augmenter le niveau d'activité pour garantir les recettes nécessaires (impact de la T2A), demande d'autofinancement au moins partiel des programmes d'investissement, par l'application de taux de marge brut contraignants, par la capacité d'autofinancement (CAF) et par des cessions immobilières, contrôle global de l'endettement, quand celui-ci atteint un palier: les grands CHU voient leur dette soumise à un plafond fixé par la voie réglementaire.

B. Par une politique de modération salariale

Les situations sont contrastées : au sein du personnel médical (PM), le niveau global de revenu des PU-PH (Professeurs d'Université-Praticiens Hospitaliers) (+ autorisation de l'exercice en libéral au sein de l'hôpital) (note 1) peut être considéré comme confortable, ce qui est moins évident pour les PH (praticiens hospitaliers PH). En revanche, la rémunération du personnel non médical (infirmiers et aides-soignants) marque le pas, comme l'illustre la situation des infirmiers/infirmières. A titre d'exemple, un infirmier ISGS débute sa carrière à 1712 euros et la termine à 2523 euros (net et hors primes).

La part de l'indemnitaire est assez modeste dans l'ensemble de la FPH (fonction publique hospitalière), à l'exception des grades en A+. L'accès au logement peut compenser en partie la faiblesse de l'indemnitaire, mais le parc global dont disposent les CHU (logements en propriété et droits de réservation dans le parc privé) n'est pas suffisant pour répondre à la demande. Par ailleurs, les PNM infirmiers sont, pour la très grande majorité d'entre eux, au-dessus des seuils permettant l'accès au parc de logements à loyer modéré dans les grandes métropoles. L'hôpital public recrute par ailleurs de nombreux contractuels, en général sans volet indemnitaire de rémunération.

Les revalorisations ont été quasi-inexistantes dans la période récente, à l'exception du PPCR ces dernières années, avec un coup d'arrêt en 2018, puis une reprise en 2019. Les autorités se sont efforcées de compenser la modicité des salaires par des primes pour sujétions particulières (exemple : exposition à des risques), ou des primes exceptionnelles ponctuelles (note 2), mais cette politique au coup par coup et sans vision d'ensemble est mal vécue par les agents : les syndicats parlent d'une « politique de l'aumône ».

Au total, avant la crise sanitaire, l'insuffisance des rémunérations à l'hôpital public était flagrante.

Les conséquences en avaient été spectaculaires :

1^{ère} conséquence : une « fuite » de Paris vers d'autres territoires, et plus généralement vers le privé (secteur libéral, agences d'intérim, cliniques), souvent quelques mois après la sortie d'école, l'hôpital public se retrouvant dans la situation de former des personnels pour le secteur privé. La fuite était spectaculaire sur le PNM, avec une concentration sur les infirmiers, mais également importante sur différents métiers en tension : radiologues, anesthésistes-réanimateurs, kiné, médecins du travail. L'hôpital pouvait ainsi se trouver dans la situation consistant à réembaucher via une agence d'intérim des personnels qu'il avait formés puis perdus, souvent avec des intérim long, au point que certains évoquent le risque d'une « addiction à l'intérim » dans certains services.

2^{ème} conséquence : une dégradation nette du climat social, avec une tension qui atteint son paroxysme un an avant la crise sanitaire, en particulier dans la région parisienne.

A partir du printemps 2019, sous l'influence des deux premiers syndicats, CGT et SUD (50 % du personnel), un regroupement informel a émergé, le comité inter-urgences (CIU), puis plus largement le comité inter-hospitalier (CIH), qui a fédéré les revendications (meilleures conditions de travail, reconnaissance de la pénibilité du travail, une hausse des effectifs, une augmentation des rémunérations, l'arrêt des fermetures de lit), en créant un mouvement de solidarité entre le PM et le PNM dans leurs revendications, et qui a organisé des manifestations et grèves nombreuses autour des salaires et des conditions de travail. La grève des urgences a coûté très cher (62 M euros à l'AP-HP sur l'année 2020). S'est ajouté dans le courant de l'année un mouvement propre au personnel médical visant à accentuer la pression sur le gouvernement, par la grève du codage (note 4) et la démission par les chefs de service de leurs fonctions administratives. Ces deux actions n'ont jamais fait l'objet d'un consensus, surtout la grève du codage, considérée par beaucoup de médecins comme une erreur, puisqu'elle conduisait à priver l'hôpital de ressources nécessaires. Par ailleurs, la démission de fonctions administratives est restée limitée en nombre, et était souvent symbolique.

Cette situation avait enfermé l'hôpital dans un cercle vicieux : le départ de personnels impose la fermeture de lits, qui entraîne une sous-activité, qui elle-même conduit à une baisse des recettes, qui débouche sur la suppression d'ETP, etc....

Les départs étaient un phénomène plus marqué à Paris que dans les autres territoires : le coût global de la vie (dont celui du logement) est une des raisons de la sortie du public de nombreux infirmiers et de certains PH.

Au total, le modèle d'efficiency imposé à l'Hôpital public avait suscité chez les soignants un fort ressentiment contre la tutelle, qui se focalisait sur les ARS, le ministère de la Santé et surtout le ministère de l'Économie et des Finances.

I.2. LA CRISE SANITAIRE A JOUÉ COMME UN RÉVÉLATEUR DES FRAGILITÉS DE L'HÔPITAL PUBLIC, INSUFFISAMMENT ARMÉ POUR AFFRONTER UNE PANDÉMIE

La première vague de la pandémie (printemps 2020) a révélé une pénurie généralisée, bien analysée dans les rapports des missions d'évaluation de l'Assemblée nationale et du Sénat : manque de lits, manque de personnel, manque de matériels, en raison d'un défaut d'anticipation au niveau national : pas ou peu de stocks stratégiques, en particulier sur les EPI.

1. Manque de lits équipés en réanimation : A titre d'exemple, l'AP-HP a un total de 19 907 lits. Pour faire face à la crise, elle réaffecte vers le secteur Covid des lits de réanimation des secteurs classiques, ou même elle mobilise des lits simples qui sont équipés temporairement en réanimation (1051 au pic de la première vague le 7/04/2020, 517 le 06/04/2021). Il en résulte une déprogrammation (40 %), qui se fait en cascade sur les trois vagues (des patients déprogrammés en mars 2020 l'ont été à nouveau en novembre puis en mars 2021). Ces déprogrammations engendrent une surcharge de travail pour les équipes entre les phases de pic de Covid qui font face à des patients avec des pathologies aggravées et des retards de prise en charge aux enjeux de santé publique majeur. Pour obtenir le nombre de lits nécessaires au pic de la première vague (8 avril 2020), l'AP-HP a ouvert en urgence (et par anticipation à ce qui était prévu dans le plan d'investissement) le bâtiment « Reine » à l'hôpital Henri Mondor (85 lits de réanimation, projet de 50 M€).

2. Manque de personnel : le manque d'infirmiers qualifiés en soins critiques (et notamment formés spécifiquement à la réanimation) a considérablement gêné la gestion de crise. Lors de la première vague, les établissements ont dû chercher du personnel en urgence en actionnant tous les leviers disponibles : augmentation sensible des dépenses d'intérim, appel aux retraités, appels à des renforts d'autres régions. Le recours aux retraités n'a pas été renouvelé lors de la 2^{ème} vague, en raison d'un taux de réponse faible, en dépit de rémunérations au forfait avantageux.

3. Manque de médicaments, d'EPI et de matériels médicaux. Il n'y avait pas ou peu de stocks stratégiques de crise sur l'ensemble des gammes, dont la production est principalement à l'étranger. Pendant la crise, l'hôpital s'est retrouvé confronté à une pénurie générale sur les marchés mondiaux. La crise a mis ainsi en évidence la dépendance du système hospitalier aux fournitures chinoises et asiatiques en général (Chine, Hong Kong et Taïwan pour les masques, Chine et Inde pour les médicaments, Malaisie pour les produits à base de latex, comme les gants chirurgicaux). Elle a entraîné une inflation générale des prix, et une priorité donnée par ces pays aux acheteurs en mesure de payer comptant une livraison, notamment les Américains, ce que les procédures d'achat public en France ne permettent pas de faire, même en situation d'urgence. Il y eu également une importante pénurie en respirateurs de réanimation et en seringues et pompes électriques.

Les conséquences ont été spectaculaires pendant la 1^{ère} vague : plusieurs jours sans sur-blouses dans certains hôpitaux (achat de kimonos à des coiffeurs), idem pour les anesthésiants (achats aux vétérinaires d'anesthésiants pour animaux).

I.3. LA GESTION DE CRISE A CONDUIT À REMETTRE EN CAUSE DE FACTO LE MODÈLE D'EFFICIENCE : PAS DE LIMITES POUR LES DÉPENSES.

Pendant la crise, la soutenabilité budgétaire n'était plus un sujet. L'idée même d'un freinage des dépenses est apparue brutalement comme illégitime.

La gestion de crise s'est effectuée sur la base du « quoi qu'il en coûte », avec deux techniques principales :

- 1) La mise en place d'une garantie de financement en mars 2020 (mars-décembre), et reconduite en janvier 2021 pour une nouvelle année, ce qui suspend le système fondé sur la T2A : la garantie porte sur le titre I, et est déterminée en référence à l'exécution 2019
- 2) Le remboursement à l'hôpital des surcoûts Covid sans plafond, ce qui implique un travail complexe et long d'identification et de fléchage des surcoûts induits par la pandémie.

Ainsi, la gestion des dépenses par l'ONDAM a été suspendue pendant deux années.

Augmentation des dépenses de personnel

Certaines des mesures prises pendant la 1^{ère} vague ont montré leurs limites : l'appel aux retraités (qui ne sera quasiment pas renouvelé à partir de la 2^{ème} vague), les renforts des autres régions (qui ne sont plus possibles dès lors que la pandémie affecte l'ensemble du territoire), le recours à l'intérim qui est extrêmement coûteux (le taux horaire d'un infirmier (29 euros) est multiplié par deux), et qui est lui-même sous tension compte-tenu de l'inflation de la demande dans l'ensemble des régions.

Il en résulte, dès la 2^{ème} vague, un recentrage sur les ressources humaines disponibles en interne : heures supplémentaires majorées (décret spécifique), suppression de congés et majoration de l'indemnisation des jours placés sur compte épargne temps (décret. Exemple : indemnisation portée à 200 euros par jour en catégorie A), mobilisation des étudiants en médecine et des élèves infirmiers avec suspension de leur scolarité, transfert d'infirmiers des services classiques vers les services Covid (surtout pendant la 3^{ème} vague). Avec un souci majeur : l'épuisement croissant du personnel, qui travaille au-delà des limites physiques normales.

Face à cette situation, de nombreuses mesures nationales ont été prises en urgence en faveur du personnel, avant même le Ségur de la santé, comme l'illustre la prime « risque Covid » de 1500 euros en avril 2020 pour tous les personnels y compris administratifs ayant travaillé dans les services accueillant un public atteint de la Covid 19.

Assouplissement des règles sur les marchés

Un dispositif législatif a été rapidement mis en place pour faciliter les approvisionnements. L'ordonnance n° 2020-321 du 25 mars 2020 sur les marchés en urgence absolue (sans mise en concurrence et avec un déplafonnement du montant de l'avance à hauteur de 60 %), prise dans le cadre de la loi sur l'état d'urgence sanitaire, s'est appliquée jusqu'au 23 juillet 2020, mais l'assouplissement du régime des avances a été reprise dans le décret du 15 octobre 2020 modifiant l'article R.2191-8 du code de la commande publique. Par ailleurs, la loi ASAP permet de continuer à mettre en œuvre tout ou partie des dispositifs de l'ordonnance sur la base de « circonstances exceptionnelles ».

Ce dispositif a facilité les commandes en urgence, en particulier en Chine, sans toutefois permettre de concurrencer les pays en mesure de payer d'avance 100 % d'un marché.

Les leçons des difficultés rencontrées pendant la 1^{ère} vague ont été bien tirées rapidement : les stocks stratégiques de crise sont aujourd'hui confortables, autour de 3 mois pour la majorité des articles, au minimum de 15 jours pour certains d'entre eux. Les CHU se sont donc retrouvés dans une position correcte pour gérer les 2^{èmes} et 3^{èmes} vagues, au niveau des RH et des équipements : les stocks stratégiques de crise ont été reconstitués, les tensions sont ponctuelles (polypropylène).

Débat sur la complexité excessive de l'organisation administrative et besoin d'agilité

La crise a mis en évidence les lourdeurs administratives qui pèsent sur le système de santé, au point que certains chercheurs ont mis en avant la crise Covid comme étant une « crise organisationnelle », qui serait caractérisée par une « frénésie organisationnelle et un cercle vicieux bureaucratique » (Henri Bergeron : « COVID 19, une crise organisationnelle ») : complexité des relations avec les tutelles, aggravée par la multiplicité des centres de décision (nombreuses directions d'administration centrale + CNAM + préfectures + agences) incertitudes sur la répartition des compétences hôpital/agences et ministère/agences, lenteur et opacité des processus de décision lorsqu'il faut préparer un nouveau décret ou en interpréter un article, interrogations sur les renforts apportés par des cabinets de conseil privés.

D'où une vague de critiques venant principalement des PU-PH, qui ont multiplié ouvrages, articles et interventions médiatiques pour dénoncer la bureaucratie, et un retour en force du discours sur le besoin de « médicaliser » la gouvernance de l'hôpital, et sur l'« autonomisation » de l'hôpital par rapport à la tutelle (un exemple significatif : le livre du professeur Éric Caumes : « urgences sanitaires »). La critique publique a été en partie une critique de circonstance, les praticiens vantant dans les réunions internes les « synergies » avec les responsables administratifs. Elle a posé aussi la question des limites éventuelles de la liberté académique en cas de critiques réitérées et diffamatoires. Une analyse fine de ces critiques et de leurs ambiguïtés est présentée dans le dernier ouvrage de Martin Hirsch, « l'énigme du nénuphar », publié au cœur de la crise en juillet 2020.

Pendant plusieurs mois, la tentation a été forte de faire des administrations nationales et internationales (OMS) des boucs émissaires de la crise.

Au total, la pandémie a imposé une adaptation en urgence du modèle de financement et de gestion de l'hôpital, sans la préparation nécessaire. En évitant de justesse la saturation, mais au prix du report de soins hors Covid et d'une mise sous tension extrême du personnel qui ne serait pas dénué de conséquences sur l'avenir des effectifs. Il est indispensable d'agir sur la qualité de vie au travail, non plus en favorisant uniquement la performance globale de « l'entreprise » (données quantitatives), mais bien en œuvrant en faveur d'une amélioration des conditions de travail (données qualitatives). L'exemple de l'écart grandissant entre le travail prescrit et le travail réel illustre le propos et provoque depuis plusieurs années l'abandon des professionnels par perte de sens du travail.

La gestion de crise a illustré le besoin impératif d'une réforme globale de l'hôpital public. Les CHU étaient déjà engagés dans des projets de transformation. Faut-il les repenser ?

II. UNE RÉFLEXION NOUVELLE SUR LA PORTÉE DE LA TRANSFORMATION EN COURS DE L'HÔPITAL PUBLIC : POINT DE DÉPART DE LA CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU MODÈLE OU AJUSTEMENT DU MODÈLE TRADITIONNEL ?

Le corps médical milite de longue date pour un changement de paradigme :

- 1) abandon partiel ou total de la T2A comme base de calcul des recettes au profit de mécanismes forfaitaires.
- 2) augmentation générale des moyens (nombre de lits, équipements de haute technologie, nombre d'infirmiers et d'aides-soignants, en valorisant, notamment en repensant l'hôpital sur une économie circulaire.
- 3) autonomie des chefs de service pour recruter et acheter des équipements.

Dans le cadre du modèle actuel, le « quoi qu'il en coûte » est inévitablement temporaire : les ressources de l'ONDAM ne sont pas infinies, et les recettes propres ne peuvent pas être augmentées dans des proportions importantes.

L'objectif fixé à l'hôpital public reste celui d'un retour à l'équilibre budgétaire sur le moyen terme. En effet, un déficit élevé et répété sur plusieurs années hypothèque l'avenir : il réduit la CAF qui est l'une des sources de financement des programmes d'investissement.

La reprise partielle de la dette (un tiers de la dette à moyen/long terme), qui vient d'être mise en œuvre, ne s'inscrit pas non plus dans un changement de modèle : elle vise à faciliter l'assainissement de la situation financière et le financement des investissements. L'augmentation du plafond de la dette à court terme (passage de 380 à 760 M euros pour l'AP-HP) a été lui-même temporaire (jusqu'au 31/03/2021) : la politique d'endettement des hôpitaux publics reste sous surveillance et nous sommes déjà face au vote d'un budget d'austérité pour l'année à venir.

La réforme de la tarification, engagée avant la crise sanitaire, avec l'expérimentation de financement au forfait sur certaines pathologies et l'introduction du financement à la qualité, ne remettra pas en cause la T2A, mais conduira à un système mixte, avec une composante importante de T2A.

Au-delà de ces constats, la crise aura entraîné des changements durables, conduisant à donner une priorité absolue donnée aux conditions de travail du personnel : les revalorisations sont substantielles et durables, les différentes réformes en cours se concentrent sur la « qualité de vie » au travail dont l'amélioration est devenue un sujet-clé, même si l'équilibre entre l'amélioration des conditions de travail et la performance des entreprises est loin d'être optimale. L'accélération de la numérisation va dans ce sens, tant pour les méthodes de travail interne (« objectif zéro papier ») que pour la téléconsultation, en progression rapide. De même, pour le personnel administratif, l'assouplissement des règles relatives au télétravail et l'encouragement au « Flex office » avec un multi-positionnement possible des lieux de travail (idée de « tiers-lieu : par un exemple un autre hôpital que l'hôpital d'affectation).

Une autre évolution doit être suivie avec attention : le besoin de « démocratisation » de l'hôpital, exprimé par les associations de patients, très actives (et membres des instances), qui demandent des réformes permettant au patient de devenir co-acteur de ses propres soins .

D'autres évolutions se dessinent, sous l'impulsion de la crise : liens nouveaux avec le secteur privé, coopération croissante avec les collectivités locales.

Le changement le plus important : le principe de mutabilité d'un CHU : pré-armement de lits de crise sur des lieux disponibles (parkings/services) en vue d'augmenter la capacité en fonction de l'évolution d'une crise.

Il convient également de définir et de mettre en œuvre des opérations d'ajustements adaptés et circonstanciels des capacités et des équipements hospitaliers répondant au principe de mutabilité des hôpitaux publics et privés. Les solutions envisageables sont variées, cela va de l'aménagement d'un espace (hall d'entrée, self, parking, etc.), à la transformation et adaptation d'un service de soins classique en service de soins critiques, voire à l'aménagement de locaux hospitaliers de crise, en dur ou en modulaire, réservés et mobilisables chaque fois que nécessaire. Ces dispositions pertinentes seraient insuffisantes si elles n'étaient accompagnées de mesures d'adaptation des plateaux techniques, des équipements, de l'approvisionnement-logistique et surtout de mises à disposition de personnels qualifiés formés aux activités de soins critiques (médecins, IDE, AS, biomédicaux, logisticiens, etc.). Ces personnels qui viendraient en renfort en cas de crise, devront être adaptés au type de crise, et surtout répertoriés au sein d'une réserve de personnels qui devront être régulièrement formés (formation continue) et entraînés au moins une fois par an dans des services de soins critiques. Enfin, l'ensemble de ces mesures méritent d'être encadrées par des dispositifs de financement, d'évaluation de coordination et de contrôle, en veillant bien à assurer la fluidité de l'ensemble des actions par un arbre de décision fiable et court.

A ce jour, le résultat se présente donc comme à mi-chemin entre réforme et révolution. Les courants de pensée sont nouveaux. Mais le système lui-même repose toujours sur les mêmes bases, dans l'attente de réformes plus structurelles, telles qu'un nouveau système de facturation qui se substituerait à la T2A.

CONCLUSIONS

De nombreuses leçons de la crise sanitaire ont déjà été tirées par le ministère de la Santé et l'hôpital public, en particulier l'attention extrême qu'il faut porter à la gestion des stocks stratégiques de crise : ainsi, il n'y a pas eu de pénurie de médicaments ou d'EPI à partir de la 2^{ème} vague.

Plus globalement, la transformation de l'hôpital public se fait dans le cadre d'un modèle en construction, qui sera vraisemblablement hybride : maintien pour une part du critère d'efficience, auquel s'ajouteront des paramètres qualitatifs.

Le respect de la soutenabilité budgétaire ne peut que rester un objectif majeur : les ressources publiques sont contraintes, et une politique plus souple de recours à l'emprunt n'aurait que des inconvénients.

En effet, l'augmentation des dépenses n'a pas en soi des vertus magiques. Comme l'illustrent de nombreux exemples étrangers, il n'y a pas une corrélation évidente entre le niveau des dépenses de santé et l'efficacité de la lutte contre le coronavirus. A titre d'exemple, aux États-Unis, les dépenses de santé représentent 17 % du PIB, dans un pays qui a connu 350 000 décès pendant la première vague. Au Vietnam, les dépenses de santé sont à 5, 5 % du PIB, avec seulement 35 décès, également pendant la première vague. Au Japon, la disponibilité de très nombreux lits n'a pas suffi pour faire face à la crise dans de bonnes conditions, surtout pendant les dernières vagues. Un système très dépensier n'est pas nécessairement un système efficace.

Trois pistes de réformes sont proposées :

- 1) Pour garantir l'attractivité des métiers dans le public, faire un effort considérable sur le logement du PNM, en particulier dans les grandes métropoles où les loyers sont élevés, en réservant des places dans le parc à loyer modéré de la ville avec des critères spécifiques.
- 2) Mais aussi donner une importance nouvelle aux conditions de travail des soignants, pour qu'ils ne perdent pas le sens de leur double mission de soigner et de prendre soin (le « care »)
- 3) Centrer la réflexion sur l'augmentation du capacitaire sur un dispositif modulable, permettant de créer des lits de crise en situation exceptionnelle.

La réflexion sur le degré de complexité et de cloisonnement de notre architecture institutionnelle est incontournable : faut-il regrouper les nombreuses agences et structures de conseil qui sont placés auprès du ministère des Solidarités et de la Santé ? Quelle place donner aux cabinets de conseil privés pour assister le ministère en période de crise ?

Au-delà de la transformation de l'hôpital, une réflexion est nécessaire sur une réforme de fond des politiques de santé publique, notamment une adaptation de nos dépenses, qui ont le 2^e rang mondial : recentrage notamment sur la prévention des maladies chroniques et de l'exposition aux risques climatiques, ainsi que le parcours global du patient, prise en compte du patient en tant que co-acteur des soins, anticipation des crises sur l'ensemble de la chaîne, depuis les stocks stratégiques de crise jusqu'à la généralisation du principe de mutabilité dans l'organisation des sites.

Le système de santé doit s'unifier. La synergie, la collaboration, l'harmonisation et la rationalisation du système (public, privé, lucratif) doit s'articuler à une optimisation des dépenses de santé dans le seul but d'améliorer la qualité des soins et in fine la santé des français.

ANNEXE 1 : NOTES

(1) Les PU-PH peuvent également avoir une autorisation de cumul de rémunération auprès d'équipementiers et d'entreprises du médicament.

(2) A titre d'exemple, la prime annuelle d'attractivité de 800 euros nets. Elle a été versée au cours du premier trimestre 2020 aux soignants (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et manipulateurs radio) exerçant à Paris, en Seine-Saint-Denis, dans le Val-de-Marne et dans les Hauts-de-Seine, et dont le revenu est inférieur à la médiane.

(3) Les logements sont réservés aux agents qui effectuent des gardes, à raison de 40 par an au minimum : ils sont logés pour nécessité absolue de service (NAS). Quand il n'y pas de logement disponible, l'agent reçoit une indemnité compensatrice de logement (ICL) de 1824 euros par mois.

Les agents qui n'effectuent pas de gardes administrative ou technique peuvent déposer leur dossier à l'agence logement (DLGL de la DRH). En fonction de leur dossier (revenus, composition familiale, etc...), des points sont attribués à la demande qui est donc plus ou moins prioritaire.

(4) La grève du codage consiste à ne pas coder les actes, c'est-à-dire à ne pas envoyer les factures à l'assurance-maladie, soit en retenant ces factures, qui peuvent être envoyées ultérieurement, soit en les détruisant. En 2020, les séjours non codés ont été de 55 000, dont 60 % codés, mais retenus, les autres codés en partie, mais non envoyés aux DIM.

ANNEXE 2 : RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RAPPORTS ET ARTICLES

- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie : rapport sur la régulation du système de santé, juin 2021
- L'Opinion : système de santé, des pistes pour rénover le financement, 14 juin 2021
- Pierre-Louis Bras : comment le COVID transforme le débat sur les dépenses de santé, Terra Nova, 25 mars 2021

OUVRAGES

- Simone Veil : une vie, le livre de poche
- Martin Hirsch : l'énigme du nénuphar, 2020
- Pr Éric Caumes : urgence sanitaire, Robert Laffont, 2020
- Pr Didier HOUSSIN : l'ouragan sanitaire, comment sortir de la pandémie du Covid 19 et préparer l'avenir, Odile Jacob, 2021
- Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel, François Dedieu : COVID 19, une crise organisationnelle, Les Presses de Sciences Po, 2020