Robert Holcman

L'hôpital public en péril

L'hôpital public est en péril parce que les réformes hospitalières dont il fait actuellement l'objet – sans précédent par leur ampleur et par la brièveté de leur application – se fondent sur un diagnostic erroné de sa situation. Ces réformes suivent trois axes : une nouvelle organisation interne ; un nouveau régime budgétaire ; de nouvelles modalités de financement.

Depuis le 1er janvier 2007, l'activité des hôpitaux publics est structurée en « pôles ». Jusque-là, l'activité de soin s'organisait autour des services, eux-mêmes définis par un ou plusieurs organes – cardiologie (cœur), hépatologie (foie, pancréas), pneumologie (poumon), etc. – ou bien par une ou plusieurs fonctions : gastro-entérologie (système digestif), orthopédie (squelette), rhumatologie (articulations)… La « nouvelle gouvernance » réunit les services par cohérence de pathologies dont les patients peuvent souffrir. Le pôle « cœur/poumon » va ainsi rassembler les services de cardiologie et de pneumologie ; le pôle « tête/cou » regroupera les services d'ORL et de stomatologie… L'objectif est à la fois de faciliter le séjour ou le parcours du patient dans l'hôpital, en lui évitant de passer de service en service, de mutualiser les moyens mis en œuvre et d'associer les personnels soignants à la gestion des établissements publics de santé.

Parallèlement, un nouveau régime budgétaire a été imposé à l'hôpital public : l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Sous le régime précédent, l'exécution du budget d'une année était évaluée l'année suivante, ce qui permettait aux hôpitaux de dépasser le budget qui leur avait été accordé. En estimant et en sanctionnant en amont tout risque de dépassement budgétaire, l'EPRD fait prévaloir une logique financière dans la gestion des hôpitaux. Désormais, ce n'est plus leur activité qui détermine les moyens (et donc les dépenses) qui leur sont nécessaires, mais bien les recettes dont ils disposent qui conditionnent leurs dépenses, leurs investissements… et donc leur activité.

La troisième réforme majeure que connaît

Robert Holcman, directeur d'hôpital, est chargé de mission au sein de la chaire « Économie et gestion des services de santé » du Conservatoire national des arts et métiers. Il vient de publier *La Fin de l'hôpital public* (Rueil-Malmaison, Lamarre, 2007).

l'hôpital public porte sur son mode de financement. Jusqu'en 2004, le budget des établissements publics était constitué pour les trois quarts environ d'une dotation forfaitaire allouée par le ministère de la Santé, et ce quels que soient le volume, la nature et l'évolution de leur activité. La tarification à l'activité (ou T2A) consiste désormais à financer les hôpitaux sur la base de leur activité réelle. À chaque acte, chaque pratique, chaque type de soin correspond un tarif : le financement public des hôpitaux dépend maintenant du nombre d'actes pratiqués et du tarif de ces derniers[1]. La tarification à l'activité est une réforme prometteuse dont les objectifs étaient de mettre fin au financement actuel des hôpitaux, aussi injuste qu'inefficace, et de les inciter à la productivité. Quels que soient leur activité, leur évolution, leur dynamisme ou leur inertie, la dotation globale des hôpitaux restait en effet inchangée ou presque. Ce mécanisme de financement pénalisait les établissements les plus dynamiques, les plus innovants, les plus engagés dans la recherche de l'excellence ; pis encore, la dotation globale encourageait l'inertie et la perte de technicité des hôpitaux : à budget inchangé, il est plus facile de gérer un établissement de moins en moins technique et donc de moins en moins dépensier.

Ce sont là des réformes importantes qui, chacune, affecte en profondeur l'activité et l'organisation interne des hôpitaux publics. Leur caractère exceptionnel provient de la concomitance et de la brièveté de leur période de mise en œuvre. Surtout, le problème de ces réformes est qu'elles se fondent sur la conviction implicite que les moyens actuels de l'hôpital public seraient suffisants pour répondre à ses missions et que les difficultés budgétaires et financières qu'il rencontre ressortiraient à la mauvaise gestion de ses dirigeants, incapables de mettre un coup d'arrêt à des dépenses jugées inconsidérées, et de susciter réorganisation et rationalisation de l'activité des hôpitaux qu'ils dirigent.

La « nouvelle gouvernance » des hôpitaux et, tout particulièrement, la structuration de leur activité en pôles forment une nouvelle tentative – salutaire – de dépasser les clivages entre services et d'associer les médecins à leur gestion. Le « patrimonialisme » est, en effet, l'un des handicaps importants de gestion dans les établissements publics de soins : lits, matériels, personnels sont considérés comme appartenant au service, alors que c'est le service qui, en réalité, appartient à l'hôpital. Les pôles sont censés contribuer au dépassement de cette féodalité hospitalière en instaurant une gestion commune des moyens – en équipements, en matériels et en personnels – pour l'instant peu ou pas partagés.

Les expériences similaires conduites dans le passé ont pourtant connu des résultats peu encourageants. Les fédérations de médecine et les centres de responsabilité visaient le même objectif que les pôles, cependant que l'amendement dit « liberté » autorisait les établissements de soins à déterminer librement leur organisation interne. Ces dispositifs ont été peu utilisés parce que médecins et chefs de service n'y ont pas vu d'intérêt ; dès lors, on ne voit pas pourquoi ils en trouveraient davantage aux pôles, si proches des dispositifs précédents.

De même, contraindre les hôpitaux – comme c'est le cas avec l'EPRD –, leur appliquer un régime budgétaire aussi draconien, les forcer à une gestion par leur fonds de roulement, donner

1. Plus précisément, une fois que la T2A sera entrée totalement en vigueur : le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité se fait en effet par l'instillation progressive d'un pourcentage de T2A dans le financement des hôpitaux, pourcentage allant croissant chaque année.

aux organisations syndicales et à la communauté médicale la possibilité de saisir le conseil d'administration en cas de dérives constatées dans les dépenses revient, au fond, à porter l'anathème sur la qualité de la gestion des équipes de direction. Le problème, hélas, n'est pas là : s'il ne s'agissait que d'une question de personnes, ce serait une merveilleuse nouvelle et l'EPRD aurait toutes chances de produire les effets que l'on en attend. Mais il n'en est pas ainsi : quelle que soit la composition des équipes de direction, les difficultés structurelles de financement des hôpitaux ne changeront pas.

En faisant semblant de considérer leur budget comme suffisant, les autorités sanitaires déconcentrent au niveau des hôpitaux l'absence de décision politique prise au niveau national, en particulier quant au nombre trop important d'établissements. C'est en réalité l'impuissance du *management* qui explique en grande partie la situation de l'hôpital public, et non pas la personnalité ou la formation de ceux qui assument sa direction. Cette impuissance se constate dans le caractère incompressible de la majorité des dépenses des hôpitaux – au premier rang desquelles les frais de personnels – et dans l'incapacité des directions à contrôler le recrutement des médecins.

Un diagnostic erroné

Quand bien même une part importante de la conception et de la mise au point des nouvelles molécules se fait dans les hôpitaux, ces derniers n'ont aucun moyen d'action sur le niveau des prix des nouveaux médicaments qui leur sont proposés. Dès lors que leur efficacité est validée scientifiquement, qu'elles ont obtenu une autorisation de mise sur le marché, au nom de quelle légitimité pourrait-on contester la nécessité d'utiliser les molécules les plus récentes, et donc les plus coûteuses ? Puisque ce n'est pas l'hôpital qui décide du prix des médicaments, bien qu'il contribue puissamment à leur élaboration, comment faire le reproche à ses dirigeants de ne pas contrôler les dépenses qui lui sont liées ? Si l'on considère que le prix des médicaments, notamment des plus innovants, est trop élevé, c'est aux autorités sanitaires de se saisir du dossier, pas aux équipes de direction des établissements de santé. Il en est également ainsi de l'évolution de la réglementation. Le scandale du sang contaminé et les risques de contamination par prions (l'affaire de la « vache folle ») ont conduit, par exemple, les autorités sanitaires à imposer l'utilisation quasi exclusive de matériels à usage unique dans les hôpitaux – et c'est heureux. Le progrès est indéniable, mais il a un coût, fondé sur l'acquisition de ces matériels et sur leur renouvellement permanent.

Les frais de personnels, quant à eux, représentent environ les trois quarts du total des dépenses et sont majoritairement constitués par le traitement des fonctionnaires hospitaliers dont le niveau et la progression relèvent du statut de la fonction publique. Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie a ainsi estimé que la revalorisation des salaires des fonctionnaires, décidée au printemps 2005 (0,5 % en juillet et 0,3 % en novembre), avait accru de cent dix millions d'euros les dépenses des hôpitaux.

Surtout, on peut constater dans les établissements de santé l'existence d'un nombre de métiers bien trop élevé et une répartition surprenante des qualifications au sein du personnel non soignant. La Cour des comptes vient de rappeler que 80 % des 743 471 agents (équiva-

lent temps plein en 2002) de la fonction publique hospitalière appartenaient au personnel soignant (dont 53 340 au personnel médical), les 20 % restants se répartissant entre les personnels administratifs, socio-éducatifs, ouvriers et techniques. Elle a également rapporté que le personnel soignant se répartissait entre 85 % de paramédicaux, 9 % de personnels médicaux et 6 % de personnels médico-techniques ; le personnel non soignant se composant de 38 % de personnels administratifs (y compris les secrétaires médicales, dont les 22 000 membres exercent en majeure partie leur activité dans les services de soin), de 6 % de personnels socio-éducatifs et de 56 % d'agents des services ouvriers et techniques.

C'est ce dernier chiffre qui pose particulièrement problème : plus de 87 000 personnes travaillent dans les services ouvriers et techniques alors que 35 000 agents appartiennent au personnel médico-technique. Les personnels des services ouvriers et techniques sont affectés dans les services support des hôpitaux qui, longtemps, ont tendu vers l'autonomie, pour ne pas dire l'autarcie, en internalisant l'ensemble des activités nécessaires à leur fonctionnement : bâtiment, restauration, automobile, blanchisserie, entretien, etc. La filière médico-technique, quant à elle, est composée des personnels chargés de faire fonctionner les plateaux techniques des hôpitaux : imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM...), pharmacie, laboratoires, stérilisation, rééducation. On y trouve ainsi des manipulateurs en électroradiologie médicale, des laborantins, des techniciens de laboratoire, des kinésithérapeutes...

En d'autres termes, dans les hôpitaux publics français, il y a deux fois plus de salariés dédiés à l'entretien des voitures et des jardins, à la fabrication des repas, à la blanchisserie et au ménage, que d'agents dont le rôle est d'assurer le fonctionnement des laboratoires, des scanners et des IRM, de préparer et de distribuer les médicaments. Ce constat est d'autant plus préoccupant que le recours des hôpitaux publics aux entreprises de travaux et de maintenance ne se dément pas... loin de là. Alors que leurs services techniques sont pléthoriques, les hôpitaux publics recourent chaque année davantage aux prestations d'entreprises privées chargées d'accomplir des travaux qui pourraient l'être par ces services. L'explication provient du fort taux de syndicalisation de leurs membres et de leur très faible polyvalence : les serruriers ne font pas de travaux de peinture ; les menuisiers ne passent pas la tondeuse ; les plombiers ne font pas de maçonnerie, etc. La forte syndicalisation de ces personnels les laisse à l'abri de toute suggestion de rationalisation de leur activité.

Ce décalage révèle une absence de cohérence et de stratégie à moyen/long terme dans les décisions de recrutement. À l'heure où l'activité des hôpitaux est soumise à une pression financière sans précédent, on peut se demander s'il est bien raisonnable de continuer de faire prendre en charge toutes les activités support par des personnels des établissements de soin.

Dans ces conditions, la tarification à l'activité – censée contraindre les établissements à des efforts de productivité – a peu de chance de produire les effets attendus. En premier lieu, établir un lien entre la « production » de l'hôpital et ses dépenses revient, par le biais d'une comptabilité analytique précise, rigoureuse et pertinente, à imputer à la production de soins l'ensemble des charges supportées par les hôpitaux. Or les frais liés directement à l'activité des services de soin (hors personnel) ne pèsent que de 10 % à 15 % du total des dépenses engagées par les hôpitaux. Le reste est constitué des frais de personnels (les trois quarts environ), des dépenses dites « hôte-

lières et générales» (chauffage, électricité, alimentation, eau...) pour 10 % à 15 % aussi et de frais financiers pour 5 %. Les membres des services de soin auront donc beau jeu de suggérer que les efforts de productivité commencent dans les services support de l'hôpital.

En second lieu, dans la mesure où la masse salariale représente les trois quarts environ des dépenses, les efforts de productivité induits par la T2A devraient s'exercer prioritairement dans ce domaine. Or, le personnel des hôpitaux publics est formé dans son immense majorité par des fonctionnaires hospitaliers dont la carrière s'étale sur quarante années. Par conséquent, quels que soient les efforts de productivité consentis par un établissement, il ne sera pas en mesure de se séparer des agents dont le travail n'est plus indispensable, et de faire les économies auxquelles la T2A l'incite fortement. Comme tous les hôpitaux sont soumis à la même contrainte, il y a peu de chance que les mutations entre établissements soient nombreuses : les seules variables d'ajustement qui restent sont la formation continue et les départs en retraite. L'incitation à la productivité est donc une notion qui a comme corollaire la possibilité de faire varier le volume de la main-d'œuvre ; dès lors que cette possibilité est extrêmement réduite dans les hôpitaux, aussi forte soit l'incitation elle ne produira pas les effets escomptés.

S'agissant du recrutement des médecins, ce n'est pas le chef d'établissement qui contrôle, décide ou arbitre à l'hôpital, contrairement à ce qui se passe dans les établissements privés – qu'ils soient à but commercial ou non lucratif. Dans les hôpitaux publics, il est au mieux consulté sur cette question. Or les médecins sont les producteurs de soins. De leur compétence, de leur spécialisation, de leurs capacités dépendent pour une grande part le volume de personnel et le niveau de dépenses de l'hôpital où ils exercent. Si l'on prend l'exemple d'un médecin qui doit être remplacé dans un service d'imagerie médicale (radiologie), le profil de son successeur peut avoir une influence extrêmement importante sur l'activité du service. Si un médecin radiologue «généraliste», faisant de l'interprétation de clichés, est remplacé par un médecin pratiquant la radiologie dite «interventionnelle[2]», la modification de l'activité du service aura des conséquences sur son organisation interne, sur les cycles de travail de ses agents et sur ses dépenses. La radiologie interventionnelle se faisant sous anesthésie, elle nécessite la présence d'un médecin anesthésiste et d'infirmières spécialisées en anesthésie ; si les patients subissent une anesthésie générale, il faudra alors prévoir une salle de réveil, la présence et la formation de personnels dédiés à cette nouvelle activité. Les matériels employés – en particulier les sondes parfois posées – sont très coûteux et engendrent des frais sans commune mesure avec ceux d'une radiologie standard.

On le voit, le niveau du salaire du praticien hospitalier recruté est fort éloigné de l'impact global que son profil professionnel, sa spécialisation peuvent avoir sur le service qui l'accueille. Dans ces conditions, on pourrait s'attendre que le chef d'établissement soit au moins consulté sur le sujet. Ce n'est pas de compétences techniques ou de capacité à les juger qu'il s'agit là : bien évidemment, le directeur d'un hôpital n'est pas en mesure de juger de la qualité de tel ou tel médecin ; il devrait être, en revanche, en situa-

2. La radiologie interventionnelle comprend les procédures ayant pour but le traitement ou le diagnostic d'une affection sous contrôle d'un moyen d'imagerie. Ces techniques peu invasives (ponctions, biopsies, drainage, traitement complexe de lésions malformatives ou tumorales) sont essentiellement réalisées sous anesthésie locale.

tion de pouvoir s'interroger sur l'adéquation de son recrutement avec le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens de l'hôpital qu'il dirige.

Le projet d'établissement d'un hôpital est, en effet, la déclinaison au niveau local du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui prévoit l'organisation territoriale des moyens permettant d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire, en suscitant notamment les adaptations nécessaires du dispositif hospitalier. L'existence d'un projet d'établissement approuvé est une condition préalable à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens – entre l'hôpital et l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) – qui définit les conditions de mise en œuvre des orientations stratégiques des établissements. L'activité d'un hôpital public n'est donc pas déterminée par l'agrégation aléatoire des compétences médicales au fil du temps, c'est l'expression au niveau local de la politique hospitalière conduite par les autorités sanitaires nationales.

Les médecins avancent – à juste titre – qu'ils ne démarchent pas les patients et que les activités nouvelles qu'ils créent parfois correspondent à des besoins de la population. C'est tout à fait vrai. Mais la question est que les médecins hospitaliers sont des professionnels brillants, qui tendent vers l'excellence technique de leur discipline – cette dernière ne correspondant pas nécessairement à la mission dévolue à l'établissement dans lequel ils exercent. Dit autrement, les médecins hospitaliers – évalués et jugés sur leurs publications scientifiques – sont enclins à faire évoluer leur activité vers une technicité toujours plus pointue… et toujours plus coûteuse en matériels et en personnels. Or cette tendance partagée conduit à la dispersion et à l'atomisation de l'activité des hôpitaux et des moyens affectés en regard. La rationalisation de l'activité hospitalière passe par l'affectation de missions précises et de moyens afférant aux établissements de soins, c'est tout l'objet des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Autoriser un chef d'établissement à donner son avis sur le recrutement des médecins hospitaliers ne reviendrait donc pas à lui accorder un pouvoir discrétionnaire dans un domaine de compétences qu'il ne maîtrise pas, une faculté indue de juger de leur qualité professionnelle, mais lui donnerait les moyens de vérifier l'adéquation de ces recrutements avec l'orientation de l'activité de l'établissement de soins qu'il dirige et dont il doit rendre compte.

Le printemps 2006 a pourtant vu se jouer un psychodrame quant au pouvoir de nomination des praticiens hospitaliers, que le ministère de la Santé voulait déconcentrer au niveau des hôpitaux. Les praticiens hospitaliers se sont mis en grève et ont obtenu que le ministère conserve cette prérogative. Au final, le décret pris en octobre 2006 sur le sujet ne mentionne même pas le chef d'établissement quand il s'agit de la nomination des praticiens hospitaliers : on ne saurait mieux exprimer qu'il n'a pas son mot à dire dans le recrutement des médecins de l'hôpital qu'il dirige.

L'impuissance du *management* des hôpitaux est renforcée par la fragmentation institutionnelle dont ils sont affligés. L'hôpital manque de beaucoup de choses mais pas d'instances de décision : le conseil d'administration, la direction, la commission médicale d'établissement, les instances paritaires et, depuis peu, le conseil exécutif – qui rassemble notamment les responsables de pôles. Cette dispersion institutionnelle se conjugue avec l'absence criante des médecins des équipes de direction qui, bien qu'expliquée par l'existence dans les hôpitaux d'une double

filière hiérarchique – celle des médecins et celle de la direction –, n'en reste pas moins à l'origine de nombreux dysfonctionnements. Le chef d'établissement dispose d'une autorité hiérarchique sur tous les personnels de l'hôpital, à l'exception notable des membres du personnel médical qui ne ressortissent en rien à son autorité, alors qu'ils sont employés et payés par l'hôpital. L'appréciation portée sur les membres de cette filière reste à l'initiative des chefs de service, ce sont eux qui proposent le recrutement, la poursuite ou la fin des contrats des médecins, des pharmaciens et des odontologistes. Symétriquement, les membres du personnel médical travaillent avec des collaborateurs paramédicaux qu'ils n'ont pas choisis, la plupart du temps, qu'ils n'évaluent pas ni ne notent.

Les réformes à engager

Les réformes les plus importantes à conduire à l'hôpital portent en réalité sur l'utilisation de la révolution démographique actuellement en cours, sur l'entrée des médecins dans les équipes de direction et sur la diminution de l'offre hospitalière « aiguë ».

En 2003, le ministère de la Santé a fait connaître les projections démographiques auxquelles il était parvenu à l'échéance 2015. De 1999 à 2015, la fonction publique hospitalière aura perdu 55 % de ses effectifs en raison des départs à la retraite. Sur la période, la perte d'effectifs se montera à 47 % dans la filière administrative, 50 % dans la filière médico-technique, 56 % dans les services de soin et 58 % dans la filière technique et ouvrière. Le pic des départs se situera en 2012 pour l'ensemble de l'effectif avec 30 000 départs à la retraite prévus cette année-là, dont 20 000 pour la seule filière des services de soin. Il reste donc une décennie pour agir sur ce levier majeur des dépenses hospitalières. Ces personnels ayant été recrutés sous statut, il n'est ni possible ni même moral de s'en séparer, ils ont droit à la carrière professionnelle qu'on s'est engagé à leur offrir à leur entrée dans la fonction publique. Seul le non-renouvellement d'une partie des départs à la retraite, on l'a vu, permettrait de faire significativement varier le volume de la fonction publique hospitalière.

La décentralisation de la décision de non-renouvellement des départs à la retraite au niveau des hôpitaux ayant conduit depuis longtemps à stériliser les initiatives locales en ce sens, la convergence du mouvement de départs sur une période limitée réclame une réponse au niveau national, sous la forme d'un pilotage centralisé. L'externalisation de certaines activités support, en effet, ne peut se traduire, à court et à moyen terme, que par une hausse des dépenses : la redondance temporaire entre équipes internes et prestataires extérieurs devra être financée, le temps que les agents qui tenaient ces fonctions partent à la retraite et que leur activité soit intégralement prise en charge par les prestataires externes.

Autre piste de réforme à envisager, l'entrée des médecins dans les équipes de direction, seule réforme à même de provoquer une véritable mutation dans les mentalités à l'hôpital. Leur absence introduit une distorsion dans la prise de décision au plus haut niveau des hôpitaux, les choix et les arbitrages se portent naturellement sur les enjeux dont personne n'est en charge d'assurer la représentation – en l'occurrence ceux qui concernent au premier chef la communauté médicale –, ce qui nuit gravement à la légitimité des décisions prises dans ce contexte. Toute tentative d'organisation et de

rationalisation de l'activité des hôpitaux risque donc d'être prise pour une tentative de banalisation et de délégitimation du pouvoir de l'organisation soignante. La présence des médecins dans les équipes dirigeantes des hôpitaux permettrait de modifier en profondeur l'organisation du travail dans les services de soin, de susciter l'appropriation des impératifs de gestion et – en retour – de renverser l'ordre des priorités dans les réformes conduites par les directions. Avec des médecins en leur sein, les directions des hôpitaux deviendraient l'instance d'arbitrage des conflits entre leurs différentes composantes, le lieu où les intérêts en présence seraient confrontés. La prise de décision en serait ainsi renforcée, légitimée, validée. L'arrivée des médecins dans les équipes de direction devrait entraîner la fusion de leurs organes de représentation : la commission médicale d'établissement (CME) et le conseil exécutif.

Cette réforme devrait s'accompagner d'une dévolution croisée des pouvoirs entre l'organisation dirigeante et l'organisation soignante. Il est difficile d'exiger d'un directeur d'hôpital qu'il respecte le budget alloué à son établissement alors qu'il ne dispose même pas d'un droit de regard sur les nominations des praticiens qui y exercent. Il devrait avoir le droit de vérifier l'adéquation du recrutement de tel ou tel praticien avec le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens de l'hôpital qu'il dirige. Cette dévolution devrait évidemment avoir comme corollaire le transfert d'une partie du pouvoir décisionnel à l'organisation soignante : en particulier, l'affectation des personnels paramédicaux dans les services de soin devrait *a minima* recueillir systématiquement l'assentiment des chefs de service ; dans l'idéal, les profils de recrutement souhaités par ces derniers seraient préalablement transmis à la direction des ressources humaines afin qu'elle y ajuste ses démarches de recrutements ou de mutations internes des personnels.

Resterait alors la question fondamentale du couplage entre capacité de décision et responsabilité des décisions prises, suivant l'adage : « Qui est responsable décide ; qui décide est responsable. » L'exemple des établissements privés – à but lucratif ou non lucratif – est là pour le souligner, l'efficacité gestionnaire n'est pas détachable de la cohérence hiérarchique au sein d'une même organisation : les hôpitaux ne peuvent avoir qu'un seul patron.

Enfin, c'est à une redéfinition en profondeur de la carte hospitalière qu'il faudrait procéder. Le relatif insuccès des mécanismes de diminution de l'offre hospitalière déjà expérimentés est dû à l'opposition qu'ils ont suscitée et doit conduire à ajuster les dispositifs d'application. La réduction du nombre d'hôpitaux est nécessaire, mais dans la pratique sa mise en œuvre se confronte à des obstacles, pas tous illégitimes : il faut bien concéder qu'il est politiquement suicidaire pour un maire de consentir à la fermeture d'un hôpital dans la ville qu'il dirige, ou même d'un des services de cet hôpital. Dans le même temps, l'excès d'hôpitaux s'observe dans le secteur des soins aigus (le secteur MCO : médecine, chirurgie, obstétrique), alors que le secteur des soins de suite et des soins de longue durée souffre, lui, d'un manque de structures d'accueil. Le vieillissement et l'amélioration de l'état de santé de la population accroissent les situations de dépendance et rendent nécessaire l'augmentation massive des structures de prise en charge des populations âgées – qu'elles soient malades, peu malades ou pas malades du tout. Actuellement, ces structures font défaut, c'est là notamment l'une des causes de l'engorgement des services d'accueil des urgences, en raison de

la difficulté à trouver des lits «d'aval» pour accueillir les personnes âgées.

La transformation d'hôpitaux de soins aigus en hôpitaux de soins de suite et de long séjour permettrait de concentrer et de rationaliser l'offre de soins hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique, tout en développant l'offre de soins d'accompagnement et de prise en charge peu ou non médicalisée. Cette solution, politiquement acceptable par les municipalités concernées, n'engendrerait pas d'économies substantielles à court terme; à moyen ou à long terme, en revanche, les gains seraient extrêmement importants. Dans les années à venir, en effet, les besoins en structures d'accueil devront être satisfaits. Si le nombre d'hôpitaux de soins aigus reste inchangé, de nouveaux établissements de soins de suite et de long séjour devront être bâtis, équipés et dotés en personnel, alors que les surcapacités en soins aigus perdureront. Transformer aujourd'hui des hôpitaux de soins aigus en hôpitaux de soins de suite et de longue durée, c'est anticiper sur des évolutions inéluctables et, par là, permettre des économies considérables.

Ce n'est pas une gestion rigoureuse qui menace l'hôpital public, c'est l'application de remèdes inappropriés. Le succès apparent des réformes hospitalières actuelles dans un contexte inchangé signifierait que des sacrifices fondamentaux auraient été consentis. Dès lors que leurs dépenses sont constituées pour les trois quarts de frais de personnels et que les autres postes principaux sont structurellement à la hausse, un EPRD contenu signifierait que des coupes claires auraient été faites sur d'autres postes de dépenses.

Ne pas faire de choix quant à la situation de nos hôpitaux revient tout de même à en faire un : celui d'un nouveau mode d'organisation sanitaire, qui a ses défenseurs et qui peut se justifier par bien des aspects. Encore faudrait-il qu'une telle évolution ne se fasse pas subrepticement : un choix aussi fondamental eu égard à notre mode de vie mérite d'être évoqué au grand jour, d'être arbitré par nos représentants élus après un débat sur les orientations que nous souhaitons collectivement donner à notre organisation sanitaire. La préservation du service public hospitalier est un choix de société : l'accès direct à l'excellence médicale de notre pays, la prise en charge indifférenciée et quasi gratuite des troubles de la santé, du plus bénin au plus grave, ont en effet un coût élevé.

Si l'on considère que l'investissement de la nation dans les dépenses d'assurance-maladie a atteint ses limites – ce qui resterait à discuter – et que des arbitrages doivent être faits entre ses différentes composantes, alors ne perdons pas de vue que l'hôpital prend en charge les accidents de santé parmi les plus graves que l'on puisse rencontrer, dont la technicité et le coût de la réponse thérapeutique sont si élevés qu'ils dépassent la capacité d'assurance individuelle de l'immense majorité d'entre nous. Dit autrement – et, certes, abruptement –, ne vaudrait-il pas mieux privilégier la prise en charge de la greffe du cœur plutôt que celle de la boîte d'aspirine si un tel choix devait être fait? L'hôpital public est l'un des joyaux de notre pays, l'un des piliers de notre organisation sociale, et c'est à ce titre qu'il faut le préserver.

Robert Holcman.