



Derrière la crise sanitaire, la crise hospitalière. Quelle stratégie du Gouvernement ?

Par Charles Reviens, ancien haut fonctionnaire spécialiste de la comparaison internationale de la gouvernance et des politiques publiques.

Eviter la saturation de l'hôpital public : objectif quasi exclusif de la stratégie française de lutte contre la pandémie covid-19

Le risque de saturation des capacités hospitalières - surtout des services de réanimation - a constitué la principale voire l'unique argument avancé par les pouvoirs publics pour justifier les deux confinements des 11 mars et 30 octobre 2020. La guerre et la victoire à court terme contre le virus imposent ainsi d'arrêter l'économie et la vie sociale pour éviter l'engorgement hospitalier et la surmortalité des personnes âgées qui constituent l'immense majorité des décès liés à la pandémie.

Le premier confinement est ainsi décidé quand « la pression sur nos hôpitaux et nos soignants s'accroît » (Emmanuel Macron, 16 mars 2020) quelques jours après l'effondrement ressenti ou effectif du système hospitalier italien. Plus tard, juste avant le deuxième confinement, l'unique critère communiqué par les pouvoirs publics à partir du 1^{er} octobre pour distinguer les territoires en « alerte renforcée » des territoires en « alerte maximale », est la « part des patients covid dans les réanimations » (30 % ou 60 %). Le deuxième confinement s'impose un mois plus tard parce que « quoi que nous fassions, près de 9 000 patients seront en réanimation à la mi-novembre, soit la quasi-totalité des capacités françaises » et qu'il faut « protéger nos soignants » (Emmanuel Macron, 28 octobre 2020). A l'heure où nous parlons (17 novembre 2020), le nombre de patients covid en réanimation est finalement inférieur à 5 000.

Cette stratégie simple voire étreinée ne s'appuie pas sur une vision d'ensemble des défis multiples induits par la pandémie : enjeux économiques (récession brutale de l'économie compensée par l'explosion des dépenses publiques et des déficits financés à court terme au moins par la prodigalité de la banque centrale européenne) et enjeux globaux de santé dépassant le seul traitement de la covid-19 (opérations et diagnostics reportés, recrudescence de pathologies psychiatriques, etc.).

L'hôpital - et principalement l'hôpital public - est donc au cœur de la stratégie gouvernementale. Comme cet hôpital constitue l'une des grandes institutions françaises, il est intéressant de voir dans quel état se trouvait cette institution avant le confinement (I), de quelle manière les pouvoirs publics l'ont utilisée et comment elle a réagi lors du déclenchement de la crise sanitaire (II), et enfin comment les pouvoirs publics ont tiré les leçons de cette crise pour transformer l'institution et la préparer - ou non - à la résurgence du virus (III).

I - L'hôpital français avant la pandémie de covid-19

Carte d'identité de l'hôpital français

Le système hospitalier français est constitué fin 2018 de 3 042 établissements de santé : 1 360 hôpitaux publics¹, 1 000 cliniques privées et 682 établissements privés à but non lucratif. Le système est dominé par sa composante publique qui compte 243 000 des 396 000 lits d'hospitalisation français (61 %) et 73 % des 1,3 million emplois hospitaliers (210 000 emplois médicaux, 764 000 personnels soignants et 148 000 emplois administratifs).

La dépense hospitalière s'élève à 94,5 milliards d'euros en 2018, soit 4 % du PIB et 46,4 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dépense financée à 91 % par la sécurité sociale. L'hôpital français dispose donc de moyens importants, ce qui est normal puisque les dépenses de santé du pays comptent parmi les plus importantes du monde : 4^{ème} rang mondial en pourcentage du PIB selon l'OCDE (derrière les Etats-Unis, la Suisse et l'Allemagne), mais seulement 12^{ème} rang en dépense par habitant (derrière l'Amérique du Nord, les pays scandinaves, le Benelux, l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse).

données OCDE	dépense de santé par habitant (USD PPA)	part dépenses santé dans le PIB	médecins en exercice (pour 1000 habitants)	infirmiers en exercice (pour 1000 habitants)
OCDE	\$3 994	8,80%	3,5	8,8
Allemagne	\$5 986	11,20%	4,3	12,9
France	\$4 965	11,20%	3,2	10,5
Italie	\$3 428	8,80%	4	5,8
Grande-Bretagne	\$4 070	9,80%	2,8	7,8
Etats Unis	\$10 586	16,90%	2,6	11,7

Un décrochage en termes de moyens commence à apparaître avec l'Allemagne qui certes dépense à peu près la même chose en proportion du PIB (11,2%) mais bénéficie d'un PIB par habitant plus important. A la différence de la France et de la plupart des pays européens, l'Allemagne a choisi de ne pas réduire ses capacités d'accueil hospitalières ces dernières années. Il y a, en 2018, un total de 661 000 lits en Allemagne (1 lit pour 125 habitants, nombre quasiment inchangé en 10 ans) contre 396 000 lits en France (1 lit pour 170 habitants) contre 443 000 dix ans plus tôt. Concernant les seuls lits de réanimation, objet de toutes les attentions durant la pandémie, l'Allemagne dispose au début de la crise de 28 000 lits de réanimation (1 lit pour 2 864 habitants) contre 5 000 en France (1 lit pour 13 400 habitants).

¹ 1Données DREES ! 78 centres hospitaliers régionaux (CHR), 947 centres hospitaliers (y compris les ex-hôpitaux locaux), 95 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) et 140 autres établissements publics correspondant majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD).

données Eurostat	lits d'hôpital pour 100 000 hab		
	2008	2018	variation
Union Européenne	591	538	-9%
Allemagne	821	800	-3%
France	690	591	-14%
Italie	379	314	-17%
Grande-Bretagne	333	250	-25%

Trente ans de bureaucratisation techno-managériale et de réduction de l'offre de soins

L'hôpital français est, après la seconde guerre mondiale et jusque dans les années 1980, une très grande institution - à l'exemple des centres hospitaliers universitaires (CHU) créés en 1958 - en appui à l'assurance maladie, l'une des deux branches principales (avec la vieillesse) de la sécurité sociale alors gérée par les partenaires sociaux. Sa composante publique, la plus importante, relève de la fonction publique depuis un décret de 1955 définissant le statut de la fonction publique hospitalière. Jusqu'aux années 1970, l'heure est à la croissance de l'infrastructure sanitaire et hospitalière en une période heureuse de croissance à la fois économique et démographique.

Tout cela change à partir des années 1970 et 1980 avec l'apparition de « trous de la sécu » de plus en plus difficile à combler. A compter des années 1990, plusieurs réformes contribuent de façon continue à l'étatisation et à la bureaucratisation managériale de l'hôpital avec l'objectif assumé de maîtriser la croissance de la dépense hospitalière. Cela commence avec la réforme Juppé de 1995 qui nationalise de fait l'assurance maladie via les lois de financement de la sécurité sociale. Cette réforme crée par ailleurs les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), sortes de préfectures sanitaires devenues depuis agences régionales de santé (ARS). Puis viennent la réforme de 2005 puis la loi du 21 juillet 2009 « HPST » portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires conduite par Roselyne Bachelot et renforçant encore le pouvoir managérial aux dépens du pouvoir médical. Enfin, la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine rend, par exemple, obligatoire l'adhésion des établissements de soin à des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Deux transformations juridiques et culturelles semblent, en outre, avoir une incidence douloureuse sur l'institution hospitalière. Il s'agit d'abord, au début des années 2000, de l'application à l'hôpital de la réduction du temps de travail (RTT à 35 heures) par le Gouvernement Jospin. Vingt ans après, cette réforme n'est pas encore digérée. Elle a profondément désorganisé l'institution et fait perdre le sens de mission aux hospitaliers. Il y a ensuite les fortes conséquences sur la culture sanitaire et hospitalière du principe de précaution constitutionnalisé en 2005 et des multiples risques de mise en cause pénale suite à l'emblématique affaire du sang contaminé.

A la fin des années 2000, la gestion de l'hôpital passe du budget global à la tarification à l'activité (T2A). Cette T2A est emblématique d'une philosophie managériale qui recherche l'efficacité des coûts dans des approches s'inspirant du secteur privé alors même que la santé en France échappe fortement à la logique du marché du fait même de son financement public et centralisé : 80 % pour la santé dans son ensemble et 91 % pour l'hôpital. La pensée bureaucratique-managériale dominante considère cependant que l'incapacité avérée à maîtriser la croissance spontanée de la demande de soins rend nécessaire la réduction de l'offre dans tous ses segments : hôpital (cf. les réductions de capacités hospitalières déjà évoquées) comme médecine de ville (constat d'une baisse drastique du nombre de praticiens, moins nombreux et mal payés qu'ailleurs dans l'OCDE : 3,2 médecins pour 1 000 habitants contre 4 en Italie ou 4,3 en Allemagne). On constate en revanche beaucoup moins de réflexions sur le volet de la prévention des politiques de santé, dans les faits relégué au rôle de parent pauvre.

La période affecte enfin le champ de la recherche médicale d'une double manière : affaiblissement du lien entre l'hôpital et les institutions de recherche d'une part, augmentation du poids relatifs du secteur pharmaceutique privé dans le financement de la recherche d'autre part, à l'origine d'inéluctables conflits d'intérêt.

Usure de l'institution

Le témoignage de nombreux professionnels atteste de l'usure globale de l'institution même si les situations sont, bien entendu, diverses au vu du nombre d'établissements, de leurs cultures, de leurs capacités à maintenir ou non l'excellence ou à maintenir un niveau adéquat de moyens. Plusieurs circonstances ont transformé un outil historiquement prestigieux et performant en un jouet quelque peu cassé et décrépi.

La première tient au centralisme décisionnel et à l'accumulation de strates au-dessus de l'hôpital : ministre et son cabinet, administrations centrales et nombre imposant de structures spécifiques², ARS et son projet régional de santé, GHT avec ses projets médicaux partagés... Chaque strate est génératrice pour la strate du dessous de normes, contrôles, besoins de coordination et remontées d'informations. Tout cela contribue à une logique de défiance et ralentit considérablement les processus de décision. Ce phénomène est enfin renforcé par la taille énorme voire ingérable de certaines institutions hospitalières, à l'instar de l'AP-HP (plus gros établissement de santé d'Europe, 100 000 agents, 12 groupes hospitaliers, 39 hôpitaux, 21 000 lits, 7,5 milliards d'euros de budget), et des CHU de Lyon et Marseille.

Les professionnels hospitaliers, notamment les soignants, évoquent le poids considérable de l'administratif, de la gestion et du « reporting », entraîné par le mille-feuille administratif précédemment évoqué générateur de sa propre utilité et qui a prospéré sur les dernières décennies. Selon l'OCDE, 34 % des postes dans l'hôpital français n'effectuent pas de tâches médicales ou paramédicales. Ce taux est nettement supérieur par rapport aux autres pays européens. Ce poids de l'administratif est cohérent avec des conceptions techno-managériales relativisant le savoir-faire médical et le sens de la mission de santé et mettant en permanence en avant la productivité et la baisse des coûts - sauf pour le système bureaucratique lui-même-. Le système singe le privé avec le culte des indicateurs (taux de remplissage des lits volume d'activité, mortalité hospitalière, attractivité de l'établissement, durée moyenne de séjour, taux de césariennes et d'infections nosocomiales...), indicateurs qui peuvent bien entendu être manipulés ou détournés par les opérateurs pour échapper à la contrainte bureaucratique et parfois conduire au contraire de l'objectif initial.

La pandémie covid-19 a eu le mérite de révéler à tous cette usure et ce climat social de fatigue collective qui certes inclut mais aussi dépasse la sempiternelle question des moyens mis en avant par les organisations syndicales du secteur : poursuite de la désorganisation liées aux 35 heures (la plupart des hôpitaux croulent sous les heures supplémentaires), niveau élevé d'absentéisme, démissions, postes ouverts non pourvus, faiblesse des investissements et vétusté croissante de nombreux établissements, déficits des établissements notamment publics et croissance plus ou moins maîtrisée de leur dette (300 millions d'euros de pertes cumulées en 2017-2018 pour l'AP-HP).

² Haute autorité de santé (HAS), Haut conseil de la santé publique (HCSP), Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Agence de la biomédecine, Etablissement français du sang (EFS), Institut national du cancer (INCa), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Institut de veille sanitaire (INVS)...

II - L'acid test de la pandémie : le premier confinement

La crise sanitaire covid-19 permet une impitoyable analyse comparative des performances des écosystèmes sanitaires nationaux et conduit au douloureux constat d'une performance sanitaire française plutôt médiocre (qualité de la prévention, réactivité, gestion de crise, nombre de contaminés ou de décès par unité de population...). La comparaison est effectivement cruelle avec la totalité des pays développés d'Asie mais également avec les voisins allemands, dotés d'une organisation sanitaire décentralisée et de moyens initiaux très supérieurs tant dans le domaine du dépistage et des tests que dans leurs capacités hospitalières.

Comment les pouvoirs publics ont-ils utilisé l'instrument de l'hôpital dans leurs actions et leur communication au cours de la « première vague » ?

Pour le champ de la communication, il faut rappeler qu'à la différence de nombreux pays, il n'y a pas en France de séparation claire entre communication publique et communication politique. Cette confusion et domination du volet politique conduisent inéluctablement à s'interroger sur la crédibilité des indicateurs publics mis en avant - par exemple les lits de réanimation ou les tests - scénarisés et inéluctablement manipulés dans le cadre du combat partisan. En outre, l'hôpital a été fortement mis à contribution pour différentes opérations de santé-spectacle aux conséquences sanitaires faibles voire dérisoires : transferts de quelques patients dans des hôpitaux luxembourgeois ou allemands, déploiement d'un hôpital militaire de campagne en Alsace...

Quant aux priorités de gestion de l'exécutif, on note que tout a été centré sur l'hôpital public, seul capable, selon le Gouvernement, de prendre en charge les patients covid. Il n'y a pas eu de mobilisation des autres composantes de l'écosystème sanitaire français : marginalisation du secteur hospitalier privé considéré comme supplétif, mise à l'écart initial des laboratoires d'analyse et des laboratoires vétérinaires pour le dépistage, dessaisissement des médecins généralistes de toute prise en charge thérapeutique, même des malades modérément atteints, et relégation des généralistes au seul diagnostic de la maladie avant l'envoi des cas inquiétants à l'hôpital public. Aucun recours n'a par ailleurs été effectué pour mobiliser une réserve sanitaire constituée des soignants à la retraite.

Dans ces circonstances dramatiques et exceptionnelles, l'institution hospitalière a pourtant montré de réelles capacités de mobilisation, de résilience et d'adaptation permettant de dépasser ses limites et pesanteurs : spécialisation fréquente covid/non-covid des établissements, transformation rapide des priorités avec de vastes déprogrammations de soins, transferts interrégionaux de patients permis par la concentration de la contamination sur certains territoires. La crise a été d'ailleurs été l'occasion de l'expression de la reconnaissance de la Nation vis-à-vis des soignants (applaudissements à 20 heures chaque jour pour la « première ligne » sanitaire), mais aussi d'un retour du sens et de la noblesse du métier d'hospitalier puisque la bureaucratie a – au moins provisoirement - reculé et qu'« on a recommencé à faire notre métier ».

III - L'action du Gouvernement sur l'hôpital entre les deux confinements

Winston Churchill a dit un jour qu'il ne faut jamais gâcher une crise (« never let a good crisis go to waste »). Vérifions si les pouvoirs publics se sont inspirés de cet adage en analysant leur communication et leurs actions effectives depuis le déconfinement du 11 mai.

Concernant la communication des pouvoirs publics en anticipation d'un éventuel rebond de la contamination, on peut noter les déclarations du Ministre de la santé Olivier Véran, le 27 août lors d'une conférence de presse à Matignon, indiquant que « si la situation le nécessite, 12 000 lits de réanimation pourront être disponibles ». Toujours à Matignon le 15 octobre, soit sept semaines plus tard, le Premier ministre Jean Castex contredit cette déclaration en indiquant que la création de lits de réanimation n'est pas une bonne réponse et que cela est d'ailleurs impossible pour des raisons de délais de formation. Un mois plus

tard, le 12 novembre, Jean Castex indique que le pays dispose dorénavant de 6 400 lits de réanimation après l'ajout de seulement 1 400 lits.

On constate ensuite une lenteur et une rigidité du système français qui contrastent avec la réactivité de pays aussi différents que la Chine, la Suède et Israël. Eux ont démontré leurs capacités à construire des hôpitaux et mettre en place des moyens supplémentaires dans des délais records (plusieurs milliers de places créées en quelques jours à Pékin en 2003 lors de la crise du SRAS ainsi qu'à Wuhan en 2020, mobilisation de l'armée suédoise). Plusieurs experts médicaux ont pourtant recommandé des réorganisations des services de réanimation adaptées à la crise : en plaçant notamment les rares médecins-réanimateurs (ressource dont on nous dit qu'elle nécessite cinq ans de formation) au sein d'équipes plus nombreuses et composées de non-spécialistes médecins ou infirmiers.

Concernant les actions concrètes portant sur la refonte globale et durable du système hospitalier, il faut reconnaître l'ampleur de la tâche au vu des difficultés évoquées plus haut et dont l'exécutif actuel ne peut être objectivement le seul comptable.

La réponse principale du Gouvernement s'est toutefois résumée au Ségur de la Santé, ouvert par Edouard Philippe le 25 mai, avec la promesse de « rénover en profondeur le système de santé » et donc sa composante essentielle que constitue l'hôpital, face aux difficultés constatées lors du confinement et aux multiples prises de parole des hospitaliers. Les conclusions du Ségur, rendues le 13 juillet, indiquent pourtant que les enjeux d'organisation et de bureaucratie ont été rapidement éludés et mis sous le tapis pour restreindre le débat quasiment à la seule question des augmentations de salaires (8 milliards d'euros mis sur la table avec une augmentation a minima de 183 euros net par mois) et de moyens (programme d'investissement de 6 milliards d'euros et 13 milliards d'euros de reprise de dette). Le Ségur de la réforme systémique de la santé s'est transformé en sept semaines en un Grenelle express des salaires à hôpital. La crise du covid a pourtant démontré de façon très claire que l'augmentation des ressources et des moyens, certes un enjeu légitime, ne peut en aucune manière se substituer au traitement de dysfonctionnements structurels constatés depuis longtemps.

Il est bien entendu difficile de traiter dans la précipitation des questions structurelles mais poser des jalons était possible. Des problèmes de fond demeurent comme l'attractivité du métier et la difficulté à recruter les nombreux postes vacants créés ou faisant suite aux multiples démissions ou désengagements. Il est d'ailleurs probable que le manque d'effectifs hospitaliers ait grandement contribué au choix des pouvoirs publics en faveur du second confinement. Le Ministère de la santé prévoyait mi-juillet le recrutement de quelques 24 000 infirmiers et 10 500 aides-soignants, ce qui nécessite un effort de long terme : plus de 13 000 offres d'emploi sont proposées à date sur le site de la fédération hospitalière de France et plus d'un millier sur celui de l'AP-HP.

A ce titre, il aurait été particulièrement opportun de mieux gérer l'amont de la pandémie – les cas de contamination – pour ne pas engorger l'aval – les soins et l'hospitalisation des malades. Hélas, la France n'a mis en œuvre qu'une seule stratégie de tests quantitative (d'énormes volumes de test mais des délais de rendu des résultats beaucoup trop longs) et n'a pas organisé l'isolement effectif ni supervisé les personnes contaminées et contaminantes, alors même que l'application radicale de cette stratégie de test et d'isolement semble contribuer largement à la performance supérieure de nombreux pays d'Asie et d'Europe.

La situation de l'hôpital au début du deuxième confinement

La hausse de la contamination renvoie l'hôpital à une configuration proche de celle qui était la sienne sept mois plus tôt mais avec quelques différences : une maladie mieux connue mais couvrant désormais tout le territoire, ce qui limite les possibilités de transferts régionaux de patients, des personnels soignants fatigués, des hôpitaux qui veulent maintenir une activité hors-covid, un meilleur recours au secteur privé.

Epilogue à court et moyen terme

Les mêmes causes entraînant les mêmes effets, l'enjeu de court terme est de savoir si le Gouvernement va enfin réussir la mise en place d'une stratégie plus efficace et ciblée de détection des malades pour éviter de faire porter à l'hôpital public l'intégralité du poids de la crise sanitaire.

A plus long terme, le chantier de refondation de l'hôpital et plus généralement de l'écosystème sanitaire français est devant nous pour éviter la dégradation lente mais réelle de la situation sanitaire du pays. L'OCDE a ainsi récemment noté un ralentissement de l'augmentation de l'espérance de vie particulièrement marqué en France. Tout est à faire et à reconstruire.