

Publication des Annales des mines
avec le concours du Conseil
général de l'économie, de l'industrie,
de l'énergie et des technologies
et de l'École nationale
des mines de Paris

N°75 • BIMESTRIEL
JANVIER 2014

La Gazette

DE LA SOCIÉTÉ
ET DES TECHNIQUES

« Se défier
du ton d'assurance
qu'il est si facile
de prendre
et si dangereux
d'écouter »

Charles Coquebert
Journal des mines n°1
Vendémiaire An III (1794)

Comment réinventer l'hôpital ?

Notre système hospitalier, glorieux héritage de l'après-guerre, s'essouffle. La nécessité pressante de faire évoluer ce mastodonte aux visages multiples est un secret de polichinelle. Ce qui l'est moins, ce sont les raisons profondes pour lesquelles les projets de réforme se succèdent, se ressemblent, mais n'aboutissent pas. C'est cette question qui a animé notre mémoire de troisième année du Corps des mines. Les rencontres avec l'ensemble des parties prenantes nous ont convaincus que deux maillons faibles existent, la gouvernance et la communication. Cette analyse permet d'esquisser une stratégie de réforme essentielle mais périlleuse, car elle concerne l'un des aspects les plus sacrés du citoyen : sa santé.



C'est une idée vieille comme le monde : il faut réformer notre système de santé. La situation n'est guère brillante (déficit colossal de la Sécurité sociale année après année, inégalités d'accès aux soins liées aux revenus et aux territoires, tensions parmi les acteurs), et ne va pas en s'améliorant (vieillesse de la population, montée des maladies chroniques, coût des innovations médicales à venir). Heureusement, en France et dans le monde, des bataillons d'experts et d'acteurs réfléchissent au sujet, et s'accordent souvent sur les solutions à mettre en place.

Mais rien n'est moins simple, car on touche à l'un des aspects les plus sacrés du citoyen, qui transcende classes sociales et idéologies politiques : sa santé. Ce constat est d'autant plus vrai dans le secteur hospitalier. L'hôpital ou la clinique rythment les grands moments de vie : on y naît, on y souffre, on y donne la vie, on y meurt. La marge de manœuvre des réformateurs, qu'ils soient parlementaires, ministres, régulateurs, administrateurs, directeurs de cliniques ou d'hôpitaux, apparaît ainsi bien mince face à des citoyens et patients qui protègent viscéralement le système qu'ils pensent garant de leur bonne santé. Le décideur se situe bien là dans la situation décrite par Michel Serres lors de sa réception à l'Académie Française : « *Le politique gouverne en décidant : comment ? Acte facile quand des avantages, là, s'opposent, ici, à des inconvénients ; malaisé, déjà, lorsque des avantages balancent d'autres avantages ; infiniment plus délicat, si des inconvénients répugnent à des inconvénients contradictoires. [...] Au sommet du pouvoir revient la somme entière des derniers qui, quoi qu'il décide, ne produisent que des mécontents. L'usure*

du pouvoir croît donc, héroïquement, en proportion de la hauteur hiérarchique. » Cette situation est ici démultipliée par le caractère sacré de l'objet des décisions : la santé. Il est alors tentant de décréter que le système hospitalier français restera impossible à réformer.

Pourtant, des moments de grâce ont existé par le passé. Pendant longtemps, les établissements hospitaliers étaient financés par une enveloppe globale annuelle, processus opaque et source de dérives. La réforme de la tarification à l'activité en 2004 a indexé le financement des établissements hospitaliers sur les actes médicaux qu'ils réalisent au cours de l'année. Cette réforme, véritable séisme pour le secteur, a fait l'objet de vives critiques et oppositions lors de sa mise en place. Elle n'en est pas moins établie aujourd'hui, et saluée comme une avancée majeure en termes de maîtrise des coûts et de qualité des soins. Les ingrédients de sa réussite, quoique discrets, avaient pourtant été finement mis en place. La technique n'avait pas été oubliée, à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information, et la prise de conscience des acteurs avait été préparée bien en amont, en garantissant que l'activité de l'hôpital allait être mesurée de manière plus exhaustive que la simple comptabilisation des actes (enseignement, recherche, urgences...). Enfin, une volonté politique forte et inscrite dans la durée, et une équipe-projet définie, motivée et bénéficiant d'un haut niveau d'expertise, furent les deux piliers essentiels de la réforme. Cet exemple révèle que, si les fenêtres d'opportunités sont minces et la marge de manœuvre étroite, notre système hospitalier n'est pas désespérément incurable.

Sans exécution, une idée n'est rien

Durant un an, nous avons eu la chance de rencontrer, dans le cadre d'un mémoire de troisième année du Corps des mines, plus d'une centaine de parties prenantes du monde hospitalier¹. Nous avons été frappés par son incroyable diversité et complexité. Le secteur hospitalier rassemble en effet 2 710 établissements de soins, allant des Hôpitaux de Paris qui accueillent chaque année plus de 7 millions de patients avec un budget de près de 7 milliards d'euros, aux petits hôpitaux locaux, comprenant moins de 30 lits en moyenne. Il représente 1,2 million d'emplois, pour les deux tiers en personnel soignant non médical (principalement infirmiers et aides-soignants).

Face à une telle complexité, nous pensions obtenir une incroyable diversité de propos, de points de vue et de propositions pour améliorer le système. À notre grande surprise, c'est l'inverse qui se produisit. Dans leur grande majorité, nos interlocuteurs s'accordaient sur les chantiers cruciaux pour moderniser l'hôpital et lui permettre de relever les défis de demain :

1. L'amélioration de la performance. De l'organisation des blocs opératoires aux services de blanchisserie, les comparaisons entre établissements permettent de faire émerger les bonnes pratiques et les organisations efficaces. L'idée est d'encourager les initiatives de terrain et propager les meilleures, qu'elles concernent, par exemple, la gestion des flux aux urgences ou le développement de l'ambulatoire. Les réussites proviennent du personnel soignant et administratif, fédéré autour d'un projet médical qui utilise au mieux les ressources de l'établissement.
2. Les restructurations de l'offre à l'échelle d'un territoire. L'amélioration de la performance permet de redimensionner l'offre, afin qu'elle soit adaptée aux besoins de la population locale, et prenne en compte les gains d'efficacité réalisés. Cela peut se traduire par la réorganisation ou la fermeture de lits, de services, voire d'établissements.
3. Le pilotage stratégique des plans d'investissements, avec une attention particulière sur les systèmes d'information. Les établissements sont les mieux à même d'identifier leurs besoins en investissements, les Agences régionales de santé (ARS) devant continuer à jouer le rôle de régulateur. De nombreuses gabegies ayant été constatées dans ce domaine, il est essentiel que les investissements fassent l'objet d'une évaluation rigoureuse, et que l'autofinancement par les établissements soit privilégié.
4. La pertinence des soins, ou recherche du juste soin. Les référentiels de bonnes pratiques médicales sont la pièce maîtresse en la matière. Il est important qu'ils soient convenablement diffusés et fassent l'objet de contrôles réguliers. La pédagogie envers les citoyens est également essentielle, pour lutter contre les recours non pertinents aux établissements de soins. En la matière, le régulateur peut s'appuyer sur le suivi détaillé de la consommation des actes et des médicaments, et les comparaisons internationales.

La véritable difficulté n'est donc pas d'obtenir un consensus théorique. C'est sa confrontation à la dure réalité du terrain qui pose problème. Ces dernières années, de nombreuses situations, qui auraient pu être l'occasion de réformes structurelles nécessaires, n'ont conduit qu'à cristalliser les tensions :

- les déboires du centre hospitalier sud-francilien sont un contre-exemple néfaste d'investissement hospitalier, qui a considérablement terni l'image du partenariat public-privé, alors que de nombreuses réussites en la matière existent en France ;
- la fermeture des urgences de l'Hôtel-Dieu à Paris représentait l'occasion symbolique d'avoir une véritable réflexion sur les restructurations hospitalières ; en l'absence d'un plan de communication efficace (envers les patients et le personnel hospitalier) et d'une stratégie d'offre de soins francilienne clairement définie, le débat public fut accaparé par des prises de position individuelles très médiatisées ;
- le dossier médical personnel pouvait préfigurer une stratégie de développement des systèmes d'information hospitaliers, enjeu crucial pour la généralisation du parcours de soins, qui s'inspirerait de la réussite du dossier pharmaceutique.

*“ La véritable
difficulté
n'est donc
pas d'obtenir
un consensus théorique.
C'est sa confrontation
à la dure réalité
du terrain
qui pose problème. ”*

Dans toutes ces situations, il est facile de blâmer l'absence de volonté et de courage politique inscrits dans la durée. C'est effectivement une partie du problème. Mais deux éléments clés manquent également : une gouvernance adéquate pour le système, et un véritable travail de communication envers les citoyens.

Y a-t-il un pilote dans l'avion ?

Conséquence d'un système incroyablement complexe, une myriade d'acteurs interviennent dans son organisation, sa régulation et son pilotage. Citons les principaux :

- le ministère de la Santé, éclaté en différentes entités dont la direction générale de l'offre de soins, la direction de la sécurité sociale et le secrétariat général ;
- la Sécurité sociale (régime obligatoire), représentée par l'Assurance maladie, et les complémentaires santé (mutualistes ou privées) ;
- les agences régionales de santé (ARS) et les caisses primaires d'assurance maladie, en charge de la mise en œuvre régionale des politiques de santé ;
- les élus locaux, qui siègent au sein des conseils de surveillance des établissements de soins de leur commune, et les élus nationaux, qui fixent chaque année l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie ;
- les syndicats des professionnels de santé ;
- les associations de patients.

Avec un tel éclatement de la gouvernance, un manque d'alignement des intérêts des acteurs peut rendre le système particulièrement inefficace. C'est précisément la situation dans laquelle nous nous trouvons actuellement.

Schématiquement, ces acteurs remplissent cinq grandes fonctions : la tutelle des établissements hospitaliers, leur

financement, l'organisation de l'offre de soins, l'appui (technique et d'aide à la performance) et la coordination avec les autres politiques publiques. Mettre en regard ces fonctions avec les acteurs est déconcertant, car les mêmes rôles sont souvent dévolus à plusieurs entités, et certains acteurs doivent assurer des fonctions incompatibles. Les ARS sont un exemple révélateur. Exerçant une tutelle des établissements publics de soins, elles sont garantes de leur équilibre financier. Elles jouent également le rôle de financeur, en allouant des crédits dits MIGAC (mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) permettant aux établissements de réorganiser leur activité ou d'en développer de nouvelles (10 % des fonds dévolus aux établissements). Enfin, dans leur rôle d'organisateur de l'offre de soins, elles ont la capacité d'attribuer des autorisations d'exercice aux établissements publics et privés. Mener correctement ces missions de front est très difficile en pratique, puisque les différents objectifs fixés aux ARS sont en partie antagonistes, et ne sont pas clairement hiérarchisés. Il est dès lors facile de détourner l'objet d'une des missions pour mieux en remplir une autre. Plutôt que d'aider à la réorganisation d'un établissement, les crédits MIGAC deviennent parfois une variable d'ajustement commode en période de difficultés financières, et servent alors seulement à diminuer le déficit d'un centre hospitalier (l'équilibre budgétaire des établissements publics est l'un des objectifs des ARS). Ailleurs, les autorisations d'ouverture d'un nouveau service dans une clinique privée peuvent être retardées jusqu'à l'ouverture d'un service similaire dans l'établissement public voisin, l'ARS favorisant dans ce cas le réseau d'établissements publics plutôt que la cohérence de l'offre médicale au niveau d'un territoire. Il ne s'agit pas de pointer du doigt les agences régionales, souvent prises au piège de pressions contradictoires, mais plutôt de montrer qu'elles concentrent au même endroit des missions incompatibles. En bout de chaîne, c'est le patient qui pâtit de cette désorganisation.

Une seconde façon d'illustrer les limites de la gouvernance actuelle est de remarquer qu'elle est entièrement bâtie autour de l'opposition médecine de ville-hôpital. À chacun son organisme de tutelle, à chacun son système d'information, à

chacun sa part des ressources. Cette gouvernance en tuyaux d'orgues contraste fortement avec la nécessité de développer une médecine de parcours, centrée sur le patient, et dans laquelle tous les professionnels de santé travaillent de concert. L'hôpital et la médecine de ville n'ayant pas vocation à être des bastions impénétrables, il semble indispensable de dépasser les querelles de clocher entre ces deux institutions. Une opposition similaire peut se retrouver entre le secteur public (les hôpitaux) et privé (les cliniques), ce dernier étant souvent considéré comme une variable d'ajustement. En témoignent par exemple les critiques des partenariats public-privé, alors que ceux-ci fournissent souvent d'excellents résultats, ou les tarifs de remboursement de l'Assurance maladie qui restent plus faibles dans le secteur privé pour un acte donné. Le manque de reconnaissance de la complémentarité entre secteurs public et privé freine l'investissement privé dans le système de santé, soumis aux mêmes objectifs de rentabilité que pour les autres secteurs économiques.

L'indispensable réorganisation du pilotage du système de soins devrait ainsi faire émerger une entité stratégie, dont la compétence comprendrait l'ensemble du système de soin. Au sein de cette structure, les directions *fonctions* qui existent actuellement (médecine de ville, hôpital, médico-social) seraient rassemblées en une organisation *métiers*. Parmi ceux-ci : la stratégie, les ressources humaines (tant hospitalières que libérales, par le biais des conventions), le financement (y compris l'investissement), la gestion de l'offre (en particulier les autorisations d'exercice), la communication, les systèmes d'information, etc. Ils rassembleraient les compétences similaires, aujourd'hui dispersées au sein des différentes entités, pour faire émerger des solutions uniques et cohérentes. Bien sûr, pour empêcher les missions incompatibles, les mandats des différents *métiers* seraient clairement délimités. Par exemple, la gestion de l'offre, détachée des contraintes de tutelle et de financement, permettrait de choisir le projet médical le plus pertinent pour un territoire, qu'il provienne d'un acteur public ou privé.

Si une structure nationale légère de coordination est nécessaire, il est certain que le Limousin n'est pas confronté aux mêmes



enjeux que l'Île-de-France ou la Corse. L'échelon pertinent est régional, compte tenu des disparités territoriales, et les ARS en sont une excellente ébauche. Reste à leur donner du coffre pour leur permettre de proposer une vision globale du système de santé, et d'afficher les objectifs de transformation du système : dans quelle direction celui-ci doit-il aller ? Quelles sont les priorités de santé publique, et quelle mise en œuvre pour les satisfaire ? Ce sont cette synthèse et cette vision future qui manquent cruellement aujourd'hui.

Expliquer aux patients

Travailler uniquement sur la gouvernance comporte néanmoins une importante limite : elle ne dit rien des principaux usagers du système, les patients. Parce que la santé touche à l'une des valeurs les plus fondamentales de notre société, toute tentative de changement qui les ignorerait est vouée à l'échec. L'explication de chaque décision devient ici cruciale. Pourtant, nous l'avons vu, les débats sont souvent pollués par des cas particuliers et par la perception grandissante d'une pression économique forte.

Prenons l'exemple de la fermeture d'un petit hôpital local. Dans la plupart des cas, cette fermeture est décidée suite à une trop faible activité de la structure, qui peut conduire à une moindre qualité des soins : non pas parce que les médecins exerçant dans de petits hôpitaux ne sont pas bons, mais simplement parce qu'ils finissent par manquer d'expérience. C'est donc avant tout une vision médicale qui conduit à une telle décision. En pratique pourtant, ce raisonnement n'est que rarement présenté de façon convaincante aux citoyens. La perception dominante devient que toute restructuration d'établissement est faite pour faire des économies, au détriment de la qualité des soins et du service public. Les élus locaux et les syndicats les moins scrupuleux confortent d'ailleurs ces discours. En réalité, si la finalité reste l'optimisation des ressources, celle-ci se justifie avant tout par des arguments médicaux, et non économiques : en santé, qualité n'est pas quantité. Le patient exigeant sans cesse davantage de son système de soins, sans besoin médical avéré, se place lui-même dans la logique de marchandisation de la santé qu'il décrie tant.

L'opposition des citoyens reflète également la peur du manque d'alternatives crédibles : s'il est normal d'être attaché à son hôpital, la population locale est avant tout préoccupée par les possibilités de recours aux soins dont elle dispose. La proximité d'un hôpital rassure. Ce raisonnement naturel peut être dépassé en communiquant sur les alternatives existantes lors d'un projet de restructuration, afin de convaincre que le critère essentiel est la qualité du soin et non sa proximité.

Cependant, au-delà d'une apparente simplicité, communiquer efficacement une réforme ne s'improvise pas. Il est essentiel que cette dimension reçoive l'attention qu'elle mérite. Là encore, des exemples sporadiques de réussite permettent d'espérer, comme la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique ». L'un des métiers essentiels de l'entité stratégie évoquée précédemment doit être la communication, qui reste souvent la grande oubliée du ministère de la Santé.

L'hôpital n'est pas (toujours) la solution

L'hôpital est un sujet particulièrement délicat : il combine incroyable complexité et dimension sacrée. De nombreuses conditions doivent être réunies pour une réforme ambitieuse, et une communication en profondeur est indispensable pour

annoncer le changement. Néanmoins, même si les acteurs sont alignés et les mentalités préparées, rien ne pourra se passer en l'absence d'un stratège qui tienne le cap. Notre propos n'est pas de défendre une organisation colbertiste : les idées et leur mise en place doivent venir du terrain, mais elles ne peuvent se passer d'une entité qui les structure et les ordonne. Pédagogie et stratégie : voici les deux aspects qui permettront de faire émerger la réforme.

Enfin, sans remettre en cause ces pistes, il faut garder à l'esprit qu'elles ne concernent que le système hospitalier pris isolément. Nous pouvons aller plus loin : dans de nombreuses situations, l'hôpital reflète l'échec du système de santé. Échec de politiques visant à améliorer l'environnement et la qualité de la vie, qui n'ont pas permis d'empêcher une maladie évitable. Échec d'un système de santé trop souvent limité à un système de soins, qui guérit, mais oublie les dimensions essentielles de prévention et d'éducation pour que le recours aux soins ne soit que la dernière option. Échec du système de premier recours (notamment de la médecine de garde), qui faute de moyens ou de volonté n'a pas su prendre en charge les patients légers qui affluent alors aux urgences. Échec de la coordination entre acteurs et de l'aiguillage des patients, qui transforme l'hôpital en lieu médical incontournable là où il ne devrait être qu'un dernier recours. Sauver l'hôpital ne consistera pas seulement à l'améliorer de l'intérieur, mais supposera également de sortir notre système de santé de l'hospitalo-centrisme dans lequel il est englué depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Il faudra du temps, du courage et de la pédagogie, et surtout œuvrer infatigablement à chaque progrès plutôt que de se laisser décourager par l'ampleur de la tâche.

*Édouard Hatton, Sophie Letournel et Arthur Stril,
ingénieurs des Mines*

NOTE

¹ Édouard Hatton, Sophie Letournel & Arthur Stril, *Hôpital – Vers une réforme réussie*, Presses des Mines, février 2014.

La Gazette de la société et des techniques

La *Gazette de la Société et des Techniques* a pour ambition de faire connaître des travaux qui peuvent éclairer l'opinion, sans prendre parti dans les débats politiques et sans être l'expression d'un point de vue officiel. Elle est diffusée par abonnements gratuits. Vous pouvez en demander des exemplaires ou suggérer des noms de personnes que vous estimez bon d'abonner.

Vous pouvez consulter tous les numéros sur le web à l'adresse :
<http://www.annales.org/gazette.html>

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS Dépôt légal janvier 2014

La Gazette de la Société et des techniques

est éditée par les *Annales des mines*,
120, rue de Bercy - télédéc 797 - 75012 Paris
<http://www.annales.org/gazette.html>
Tél. : 01 42 79 40 84
Fax : 01 43 21 56 84 - mél : michel.berry@ensmp.fr
N° ISSN 1621-2231.

Directeur de la publication : Pierre Couveinhes

Rédacteur en chef : Michel Berry

Illustrations : Véronique Deiss

Réalisation : PAO - SG - SEP 2 C

Impression : France repro



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES