



HAL
open science

L'hôpital français, de son âge d'or à sa remise en cause

Maxence Thollet

► **To cite this version:**

Maxence Thollet. L'hôpital français, de son âge d'or à sa remise en cause. Infomed, 2020, Systèmes de santé, 1 (2). hal-02871209

HAL Id: hal-02871209

<https://hal.science/hal-02871209>

Submitted on 17 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Public Domain

L'hôpital français, de son âge d'or à sa remise en cause

Maxence THOLLET



Résumé: L'hôpital constitue dans le système de santé français une place centrale, son importance est à la fois sanitaire et financière. Il est devenu à partir de la Libération l'élément central du système de santé français et les pouvoirs publics y ont placé des investissements importants. L'omnipotence de l'hôpital dans le système de santé appelé l'hospitalo-centrisme à partir des années 1980 marque une phase de remise en question qui va amener les pouvoirs publics à expérimenter des techniques managériales provenant du privé dans les hôpitaux publics. Ces méthodes vont avoir des effets néfastes à la fois sur l'activité des hôpitaux et sur ses personnels.

Mots-clés: système de santé, hôpital, histoire de l'hôpital, modèles économiques, financement de l'hôpital, PMSI

THE FRENCH HOSPITAL, FROM ITS GOLDEN AGE TO ITS REAPPRAISAL

Abstract: The hospital have a central place in the French health system, its importance is both financial and sanitaire. From the Liberation onwards, it became the central element of the French health system and the public authorities invested significantly in it. The omnipotence of the hospital in the health system known as hospital-centrism from the 1980s onwards marks a phase of questioning which will lead the public authorities to experiment managerial techniques from the private sector in public hospitals. These methods will adversely influence both hospital operations and its staff.

Keywords: health care system, hospital, hospital history, economic models, hospital financing, PMSI

1. L'hôpitalo-centrisme de la deuxième moitié du XX^e siècle

L'hôpital est d'abord la maison des pauvres et les admissions réservées aux couches les plus démunies de la population. C'est à partir de la fin du XIX^e siècle avec les lois sur la protection sociale que l'hôpital s'ouvre à d'autres catégories que les plus démunis. Dans le financement hospitalier, les remboursements des soins ont une forte progression, elles passent de 11,68 % en 1893 à 27,69 % avant la Première Guerre mondiale et ils ne cesseront d'augmenter. L'avancée du secteur hospitalier est en partie dû à la solvabilisation des malades par le biais de la protection sociale mise en place : la loi du 21 décembre 1941 "Charte hospitalière" instaure une ouverture des remboursements des assurances sociales à toutes les catégories de la population. À partir de 1945 commence l'âge d'or du système hospitalier français. Les hôpitaux se caractérisent alors par un manque d'équipement hospitalier qui est de 3,6 lits pour 1 000 habitants, alors qu'en Grande-Bretagne il est de 9 pour 1 000 habitants.

En réaction aux lacunes des hôpitaux français, commence alors en 1962 une période de modernisation du secteur hospitalier qui porte sur une politique de santé publique autour des centres hospitaliers et universitaires. La modernisation représente un montant de 1,8 milliard de francs et porte sur la modernisation et l'extension des services hospitaliers, en particulier des blocs opératoires, des services de radiologie, des laboratoires et pharmacies, puis enfin sur le nombre de lits puisqu'en 1960, la France compte 9,6 lits pour 1000 habitants. Les politiques vont favoriser l'hôpital et se traduisent par une croissance des dépenses hospitalières de 1,16% du PIB en 1950 à 3,43% en 1984. Cette augmentation est due d'une part à l'augmentation des soins (c'est aussi l'objectif de l'évolution des lits), mais aussi l'augmentation de la durée des séjours des patients. En effet, la Sécurité sociale rembourse les hôpitaux à partir d'un prix fixe à la journée ce qui va inciter les hôpitaux à retenir les malades plus longtemps pour augmenter leurs recettes.

2. 1980 : remise en cause des hôpitaux, soigner coûte cher

L'évolution continue des dépenses hospitalières va amener les pouvoirs publics à réagir à l'encontre des hôpitaux : il interdit l'emprunt d'une part supérieure à 60 % des dépenses totales et contrôle les opérations financières des établissements de santé. À partir de 1980 se dessine une réforme hospitalière pour contraindre les dépenses hospitalières.

Pour réformer l'hôpital français, les pouvoirs publics imposent en premier un mécanisme de taux directeurs et un nouveau mode de financement. Dès 1983 un budget global s'instaure, on passe d'un mode de rémunération des hôpitaux a posteriori à un mode a priori. Le budget global permet de restreindre les dépenses des hôpitaux en limitant leur investissement. Deuxièmement s'instaurent des méthodes du secteur privé dans les hôpitaux publics et la réforme s'inspire de la théorie de l'agence de Michael C. Jensen et William H. Meckling et développe la posture du manager. Le manager est vu comme une

personne détenant des informations inconnues des pouvoirs publics et connaissant les véritables coûts, il peut alors demander d'avoir plus d'équipements ou de personnels ce qui fait de la figure du manager l'un des facteurs de l'accroissement des coûts à l'hôpital. D'autre part, une politique de direction par objectifs (DPO) est mise en place, l'objectif étant que chaque responsable puisse négocier les moyens nécessaires avec la direction de l'hôpital pour mieux contrôler les budgets alloués aux établissements de santé.

La dernière évolution consiste en l'application de méthodes issues principalement du secteur privé dans les établissements publics et favorisant le découpage des établissements en centres de responsabilité (médicaux, cliniques...) dirigés par des médecins-chefs de service. Cette mesure inaugure une phase d'expérimentation d'une politique de direction par objectifs (DPO1). L'innovation repose sur les nouvelles fonctions attribuées aux praticiens (détermination du budget, mise en œuvre de dispositifs d'information et de concertation...). Chaque responsable négocie désormais avec la direction de l'hôpital les moyens nécessaires à l'activité. Le directeur est également incité à développer des dispositifs d'information, d'échanges et de concertations. L'objectif est de permettre à la tutelle de mieux contrôler l'élaboration des budgets.

3. Le new public management dans le milieu hospitalier

Le new public management (NPM) intervient dans les structures publiques et introduit mécanismes marchands pour financer l'offre de services. Le new public management rompt les frontières entre secteurs public et privé en partant d'une considération simple : les règles de bonne gestion sont universelles et doivent être appliquées partout, de la même manière. L'objectif est alors d'apporter les techniques de management du privé dans le public. Le new public management fonctionne à partir de cinq principes : la hiérarchisation entre les fonctions de stratégie, pilotage et contrôle et fonctions opérationnelles ; la mise en place d'unités administratives autonomes ; les mécanismes de marché ; la mise en place d'une gestion par les résultats. Philippe Bezes dira que « Le statut du NPM est ambigu. Il s'agit d'un ensemble hétérogène d'axiomes tirés de théories économiques, de prescriptions issues de savoirs de management, de descriptions de pratiques expérimentées dans des réformes (notamment dans les pays anglo-saxons) et de rationalisations doctrinales réalisées par des organisations transnationales (OCDE, Banque mondiale...). »

3.1 La mise en place des agences régionales et ses objectifs

Les défenseurs du new public management souhaitent la décentralisation des pouvoirs du ministère de la Santé vers des agences régionales, plus proches de la population. L'ordonnance du 24 avril 1996 réorganise système de soins. Elle met en place les agences

régionales de l'hospitalisation (ARH) qui pilote la politique hospitalière à l'échelle d'une région.

On peut déterminer trois fonctions aux ARH :

- Elles allouent les budgets aux hôpitaux :

Le ministère de la Santé alloue un budget aux ARH qui doivent gérer ce budget. Ce budget introduit un mécanisme d'incitation : les ARH définissent un schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) pour diminuer le nombre d'établissements et permettent la correspondance entre secteurs privé et public.

- Elles mettent en place des contrats d'objectifs et de moyens (COM) :

Le financement est subordonné la réorganisation de l'activité des hôpitaux.

- Elles donnent les autorisations administratives

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) en 2009 marque l'aboutissement du processus. Elles se construisent sur le modèle des ARH. Chaque ARS est sous la tutelle directe du ministère de la Santé et elle est présidée par un directeur général. Le Conseil de surveillance de l'ARS est élaboré par des représentants de l'État, mais aussi des collectivités locales et par l'assurance maladie. Il a pour objectif de valider le budget de l'ARS et de donner son opinion sur le plan régional de santé (PRS).

On peut déterminer deux fonctions à l'ARS :

- L'organisation de l'offre de soin et mise en place des objectifs de la politique nationale de santé. Elle réalise une veille sanitaire et a une action de promotion de la santé.
- L'accréditation des établissements et des services, contrôle de leur fonctionnement, promotion de la qualité de l'offre de soins.

On remarque alors un pilotage régional qui s'oppose à un pilotage national (centralisé). En réalité il s'agit toujours d'une centralisation du système de santé. L'État passe par les agences dans l'unique but de diminuer les dépenses hospitalières : il ne s'agit pas là d'une décentralisation de la politique hospitalière.

3.1.1 La complémentarité des hôpitaux publics et privés

Les ARS souhaitent évoluer vers une certaine complémentarité des hôpitaux publics et privés. En France le secteur privé hospitalier occupe une place importante : 14,5 milliards d'euros en 2015 et les trois premiers groupes hospitaliers du secteur privé (Ramsay-Générale de Santé, Elsan et Capio) représentent 34,2 % de ce chiffre.

La complémentarité est construite par la spécialisation des hôpitaux à partir de leur statut juridique. D'un côté, dans les hôpitaux publics on remarque une prédominance de la médecine, elle représente 70 % des hospitalisations Médecine chirurgie obstétrique odontologie. D'un autre côté, les hôpitaux privés à but lucratif sont centrés sur l'ambulatoire et se focalisent sur les endoscopies et la stomatologie.

4. Mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A)

La Direction des hôpitaux du ministère de la Santé met en place depuis 1982 le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui a été créé à l'Université de Yale aux États-Unis. Il a pour but de former des groupes homogènes de malades (GHM), c'est-à-dire un ensemble de personnes présentant des caractéristiques pathologiques semblables et donc des coûts homogènes. Le pouvoir public se questionne sur la future application du programme de médicalisation des systèmes d'information : doit-il être utilisé à des fins comptables ou pour définir le budget global des établissements de santé ? Dès 1996, les agences régionales de l'hospitalisation utilisent le programme de médicalisation des systèmes d'information pour attribuer aux établissements leur budget annuel. Dès les années 2000, les pouvoirs publics choisissent un nouveau mode de financement : la tarification à l'activité. Depuis 2004 la tarification à l'activité (T2A) est mise en place et finance les hôpitaux à partir de leur activité. L'ARS (l'acheteur des soins) rémunère un hôpital pour la prise en charge d'un séjour donné. La T2A utilise un mécanisme de concurrence des hôpitaux à travers un prix fixe attribué à un GHM attribué à partir de l'Échelle nationale des coûts (ENC).

Les systèmes d'assurance maladie sont caractérisés par un accès direct des patients à des producteurs de soins qui sont soit privés (cliniques, libéraux, médecins...), soit publics (hôpitaux, dispensaires...) et le remboursement par les caisses d'assurance maladie. La prise en charge des dépenses de santé est financée par des cotisations payées par les employeurs et les salariés. Les systèmes d'assurance maladie sont organisés dans des régimes dits conservateurs corporatistes comme vus précédemment. L'État assure la prise en charge des prestations par les caisses d'assurance maladie qui peuvent être soit nationales comme en France, soit locales et professionnelles (Allemagne, Autriche, Belgique...).

Les systèmes nationaux de santé sont financés par les impôts prélevés à cet effet par l'État. Les fondements sont ceux de Beveridge (universalité, unité et uniformité). Ces systèmes sont caractérisés par un accès au soin non garanti par le remboursement des prestations. Les systèmes sont organisés de manière centrale comme au Royaume-Uni avec la National Health Service (NHS) ou bien décentralisés comme en Espagne, au Portugal, en Italie, etc.

Les systèmes libéraux de santé ou d'assurance maladie résiduelle sont

caractérisés par une faible socialisation et intervention de l'État. Seulement les plus pauvres et ceux nécessitant un soin d'urgence sont bénéficiaires du système de protection sociale. Il est présent aux États-Unis, mais aussi en Europe centrale.

Références bibliographiques

Domin J.-P. (Éds), Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau, Paris, Éditions Eska

Ogien A. (2013), Désacraliser le chiffre dans réévaluation du secteur public, Versailles, Editions Quæ.

Ogien A. (2000), « La volonté de quantifier. Conception de la mesure de l'activité médicale », Annales, histoire, sciences sociales, vol. 55, n° 2, p. 283-312.