

## **Les fakes sur l'hôpital public**

### **Quelques-unes des nombreuses idées fausses à propos de l'hôpital public**

La crise sanitaire a mis un focus important sur l'hôpital public qui aura été le bouclier de la pandémie. L'Hôpital aura, en effet, su faire preuve d'une capacité d'adaptation, et d'un niveau de mobilisation de ses personnels que nous n'avons pas retrouvé dans tous les secteurs de la vie collective ... Chacun y est allé de ses recettes pour permettre de promouvoir et renforcer l'hôpital public. Dans un café du commerce des réseaux sociaux ou la paresse de la réflexion et la facilité du retweet installent beaucoup d'erreurs et de contrevérités, elles seront demain fatales à une véritable re fondation du service public hospitalier.

### **L'hôpital public ou le service public ?**

Certes les Établissements publics de santé sont majoritaires et dominants dans le paysage sanitaire, mais existent, à leurs côtés des Établissements non lucratifs dont une partie appartient expressément au service public. Qui dénierait la qualité de l'Institut Curie ou Gustave Roussy dans l'offre publique de cancérologie francilienne ? Chaque région possède des Établissements de ce type dans toutes les disciplines du court séjour et des soins de suite qui sont les héritiers des mouvements confessionnels, mutualistes, ou encore du paternalisme industriel du 19 -ème siècle. Ils sont très vivants et savent utiliser la souplesse de l'action privée pour la mettre au service de l'intérêt collectif. Il faut d'autant moins les oublier qu'ils sont parfois fragiles, portés par des personnalités et des organisations caritatives qui se heurtent au laminoir du Tout Public, à l'indifférence polie des tutelles, parfois tentés de passer la main... Et le secteur Privé commercial ? Unique en Europe il fait l'étonnement de nos amis du nord et des îles britanniques qui se demandent comment a-t-on pu tricoter un maillage sanitaire entre des structures publiques et des sociétés commerciales. C'est vrai que c'est un peu étrange au pays de Descartes et de la rationalité administrative, mais ils sont une réalité très présente, souvent implantés au cœur des territoires, et ouverts à toutes les catégories sociales et pathologies. Financé sur les mêmes déterminants tarifaires que l'hôpital public, ils dégagent de faibles marges mais intéressent le marché financier par la stabilité et la pérennité de leurs missions. Restructurés par des groupes qui les animent et les fédèrent en réseau, ils sont des partenaires stimulants et indispensables pour le secteur public. La façon dont ils se sont alignés spontanément auprès du secteur public dans la crise sanitaire témoigne chez leurs acteurs et personnels d'une culture de l'intérêt public qui dépasse les statuts juridiques et les contraintes du retour sur investissement. Un signe qui ne trompe pas : l'une des premières ordonnances prise au décours de la crise leur a donné une garantie de financement identique à celle du secteur public ! Désormais il s'agit de les reconnaître au niveau de ce qu'ils représentent dans l'offre sanitaire, c'est-à-dire à peu près un tiers, et leur donner une garantie d'existence et de mission, par de véritables délégations de service public. Avec, en contrepartie des obligations de transparence et d'équité financière des honoraires de leurs médecins, dont le statut d'emploi devrait être plus clair et sécurisé.

### **La tarification à l'activité**

Le pire des systèmes .... a l'exception de tous les autres !

L'auteur de ces lignes a connu successivement le prix de journée, la dotation globale puis la longue montée en charge de la T 2 A peut en témoigner : tous les modes de financement

gènèrent leurs propres limites et effets indésirables, mais force est de constater que le passage d'une économie subventionnée qui était celle de la dotation globale à la logique productiviste de la tarification à l'activité a sauvé l'hôpital public, au milieu des années 2000, en lui permettant de reconquérir sur le secteur privé des activités chirurgicales et interventionnelles qui partaient en masse vers des pâturages plus verdoyants. Si on avait laissé faire la logique de la dotation globale, l'hôpital public ne serait plus aujourd'hui qu'un hôpital d'urgence et de pathologies chroniques. Le problème est que ce mode de financement est moins adapté aux prises en charge médicale, qui se prêtent mal à une description standardisée de leur pratique. Le raffinement de la tarification à l'activité qui est désormais capable de sortir des murs de l'hôpital, et de prendre en compte la qualité et la pertinence, permettront de dépasser les blocages actuels. Mais à la condition de sortir du discours convenu et facile de la privatisation de l'hôpital, au motif qu'il est financé par un système de prix et tarifs qui ne sont que des outils de répartition de l'enveloppe publique que le Parlement consacre à la santé. Qui s'imagine que demain on rasera gratis, sur un enjeu hospitalier de 100 milliards d'euros !

### **Le trop plein administratif**

C'est le dernier lieu commun à la mode. Surfant sur des statistiques approximatives qui agrègent des catégories de personnel qui n'ont pas de correspondance naturelle d'un pays sur l'autre, on tire la conclusion que la France souffre d'un personnel administratif absorbant le tiers de ses effectifs, alors qu'il ne représente que le quart du personnel des hôpitaux allemands. C'est oublier que la filière administrative de la fonction publique hospitalière comprend de nombreux emplois de support des soins qui dégagent de la ressource disponible pour les soignants. Le fantasme du léviathan gestionnaire n'existe que chez ceux qui rêvent de revenir à l'âge d'or d'un pouvoir médical, dans une France de l'après guerre qui reconstruisait son équipement sanitaire et qui consacrait à la santé la moitié de ce qu'elle consomme aujourd'hui.

### **Les rémunérations**

Si l'on prend les lunettes de la comparaison public - privé, les rémunérations de l'hôpital public sont compétitives pour les personnels de la filière soignante et administrative. Les infirmières, notamment y sont mieux rémunérées que dans les Établissements privés, dès lors que l'on prend en compte la totalité de la carrière, qui dans la fonction publique s'étage de façon croissante sur une trentaine d'années. C'est d'ailleurs une bonne part du problème : le logiciel de la fonction publique ou les conventions collectives du secteur privé non lucratif tablent sur la durée d'engagement, la ou les jeunes générations comparent ce qu'ils peuvent gagner à l'instant T sans prendre en compte le dernier tiers de la vie professionnelle qui est le mieux rémunéré dans le public. C'est aussi vrai pour les médecins avec, en outre, un âge plus avancé de démarrage professionnel qui correspond aussi à celui des charges familiales croissantes. Il faut prendre en compte cette exigence générationnelle de fluidité des carrières entre les statuts libéraux et salarié, entre secteur public et privé, en facilitant les positions contractuelles dans le public, ce qui est déjà, pour les médecins assez largement engagés. Reste les écarts de rémunération entre l'exercice libéral et le salariat pour les professions de santé qui peuvent exercer dans les deux champs : infirmières, kinésithérapeutes, et bien sûr médecins spécialistes rémunérés à l'acte technique. Ils développent tous un modèle économique fondé sur la multiplication des actes, et notamment pour les soignants libéraux des durées de travail excessives qui ne riment pas nécessairement avec qualité de vie et de travail. Les différences de traitement entre une partie du secteur libéral, notamment le secteur interventionnel, dont les explorations fonctionnelles, et le référentiel de rémunération de l'hôpital qui rémunère tous les médecins sur une grille unique crée des distorsions qui sont délétères pour la continuité du service public, aggravées

par la pratique des dépassements d'honoraires dans le privé. Une remise en ordre s'impose. Fondée sur la reconnaissance de l'engagement et la pénibilité, qui raccourcit les carrières dans les métiers de l'urgence, des soins critiques et de l'interventionnel, mais aussi sur l'utilité et la contribution à la prévention, et les soins primaires. Reste le rattrapage de rémunération que les soignants, notamment les infirmiers de statut libéral et hospitalier méritent en regard d'autres fonctions collectives, et surtout de la comparaison avec leurs homologues des principaux pays de l'Union. Les écarts sont significatifs, et supposent un programme pluriannuel d'alignement. Au-delà, c'est certainement l'une des forces de l'hôpital que d'exercer des missions de service public dans un environnement concurrentiel.

Sa spécificité conduit à construire des trajectoires professionnelles mixtes public, privé, libéral, salarial en offrant un statut unique d'emploi pour tous ceux qui sont tentés par des exercices mixtes mais qui devront, en connaissance de cause, renoncer aux garanties du statut public. C'est au prix d'une lucidité dégagée des prismes d'intérêt corporatiste, et dénuée d'idéologie que l'on pourra vraiment reconstruire un écosystème hospitalier public / privé qui reste plus que jamais le rempart et le bouclier de notre république sanitaire.