



« L'hôpital et le système de santé dans la crise sanitaire en France : nécessité d'un regard prospectif pour la refondation de l'hôpital public » : Dix préconisations

Document adopté le 29 juin 2020 par la Section Prospective et présenté au Bureau du CESER Occitanie le 06/07/2020

La crise sanitaire met en lumière la crise de notre système de santé, particulièrement celle de l'Hôpital public et rend indispensable sa réforme en profondeur, d'où la nécessité d'un regard prospectif pour sa refondation.

L'organisation sanitaire a été mise à mal dans cette crise. S'interroger sur le sens de son action, ses missions, son lien avec les acteurs de terrain et les élus, apparaît indispensable. Chacun connaît les interactions qui peuvent être chaotiques entre des ARS plus budgétaires qu'opérationnelles, assujetties aux services ministériels parisiens, des groupements hospitaliers de territoire inaboutis, ou formellement circonstanciels, dont sont absents les établissements privés qui ont su collaborer dans la crise, des établissements publics de santé soumis à une tutelle d'autant plus tatillonne qu'elle perd parfois de vue sa raison d'être. La crise sanitaire n'a fait qu'exacerber et mettre en lumière les constats faits ces dernières années sur l'évolution du système hospitalier français, fragilisé par une décennie de cure d'austérité aveugle et sans maîtrise. Ce qui a renforcé l'impératif de desserrer le carcan réglementaire et de rompre avec les dysfonctionnements du jacobinisme sanitaire.

Cette organisation a montré de profondes insuffisances qui doivent être corrigées par une réelle décentralisation. En interne, il faut aussi laisser les professionnels déterminer leur cadre de travail, retrouver le sens des projets collectifs mobilisateurs et fédérateurs en dépassant le couple directeur-médecin et intégrer les professionnels non médicaux dont le rôle majeur a été rappelé de manière éclatante depuis le début de la lutte contre le Covid-19.

De cette ambition réformatrice, dépendra notre capacité à nous donner de l'air pour refonder notre organisation sanitaire et, plus immédiatement, son système hospitalier.

Y aurait-il justification à désigner l'hôpital public comme le principal facteur explicatif de ses propres difficultés. Notamment celles rencontrées dans la bataille qu'il a engagée contre l'épidémie, du fait de ses lourdeurs institutionnelles, de son fonctionnement technocratique et bureaucratique, de sa fonctionnarisation, voire de sa «sur-administration», au détriment de sa fonction de soins?

Reprenant ces critiques, quelques fois énoncées par des élus, les experts «auto-qualifiés» se répandent dans les médias pour établir que l'hôpital public ne souffrirait, pour l'essentiel, que d'excès technocratique et bureaucratique.

1- Nous sommes tous responsables:

Rappelons tout d'abord que la politique de santé, en France, est une compétence quasi exclusive de l'Etat. Depuis le premier choc pétrolier de 1974, la santé a été appréhendée sans discontinuer par les gouvernements successifs, qu'elle que soit leur étiquette politique, comme un coût pesant sur la création de la richesse nationale mesurée par le PIB (*produit intérieur brut, qui lui-même mesure la création de la richesse nationale*), plutôt que comme une création de valeur proprement sanitaire et sociale, mais aussi économique.

En réalité, s'il est vrai que le domaine de la santé «pèse» 11% du PIB et place la France parmi les systèmes de santé les plus «coûteux» au monde, nous devrions prendre en considération que par les consommations intermédiaires qu'engendre son fonctionnement, il est créateur d'au moins 6% de richesse nationale, soit plus de valeur ajoutée que les secteurs réunis de l'agriculture et de la pêche ou que l'ensemble des secteurs des télécommunications et des transports.

Qui plus est, et ce n'est pas la moindre des choses, il est capital d'avoir constamment à l'esprit que, grâce à la Sécurité sociale, la France est le seul pays au monde à conjuguer concrètement, au meilleur profit de ses bénéficiaires, une réelle liberté de choix de son médecin traitant et de son établissement de soins, public ou privé, avec la socialisation du risque. En France, tout un chacun, en règle avec les lois de la République, accède aux soins qu'il requiert, indifféremment du coût et du prix de la prestation de soin, mais aussi quel que soit son niveau de revenu, quand bien même celui-ci serait nul...

Pour en garantir la pérennité face aux aléas économiques, ce paradigme étatique franco-français a fondé le principe de contraindre l'évolution des dépenses de santé dans un fuseau d'amplitude économiquement et financièrement compatible avec le taux

d'évolution propre au PIB. Celle-ci ne devant pas progresser plus rapidement que la capacité de création de richesse nationale par les entreprises. Pour ce faire, il a progressivement été mis en place un dispositif légal et réglementaire visant, pour l'Etat, à préempter sur les producteurs de soins les économies à réaliser par le système de santé. Le respect de cette contrainte économique et financière au travers de l'ONDAM (objectif national des dépenses de santé) est chaque année proposé par le gouvernement et adopté démocratiquement en forme identique par chacune des deux assemblées parlementaires sous forme de loi de la République. Ainsi, deux enveloppes de dépenses distinctes ont été constituées: une pour la médecine de ville et une autre pour l'hospitalisation, quel qu'en soit le régime juridique public ou privé.

Qui plus est, la dichotomie entre hospitalisation du service public et hospitalisation commerciale voit s'approfondir la différenciation d'affectation des deniers publics au travers du financement, par l'Assurance maladie, des activités hospitalières de notre système de santé. D'un côté, la ressource publique, produit des cotisations sociales et des impôts, va aux établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif sous maîtrise renforcée des dépenses hospitalières. De l'autre côté, cette même ressource, va aux établissements de soins privés à but lucratif, sous tutelle allégée et majoritairement regroupés dans des chaînes d'établissements sous contrôle de fonds de pension, le plus souvent étrangers (hedge funds), pour servir la rentabilité de leur «financiarisation».

2- Confusion entre régulation et administration:

Pour la médecine de ville, distribuée selon un principe libéral, mais essentiellement nourrie par l'Assurance maladie au travers d'un véritable droit de tirage de ses prescripteurs, la régulation des dépenses médicales est gérée en concertation avec les organisations professionnelles par un conventionnement national sujet à dépassement renfloué par l'Etat.

Pour l'hospitalisation publique, et dans une très moindre mesure pour l'hospitalisation commerciale, la conjonction de mesures successives telles les fermetures de lits et la promotion justifiée des prises en charge ambulatoires, les effets inflationnistes de la tarification à l'activité, la maîtrise budgétaire et financière des effectifs de personnels et des dépenses hospitalières contrairement avec le maintien d'un nombre quasi stable d'établissements, le ralentissement des capacités d'investissement, ont rendu exsangue l'autonomie et la marge de manoeuvre de gestion des hôpitaux. Au fil des ans les réfections cumulées des ressources accessibles, personnels et équipements, a lentement mais sûrement contraint puis appauvri le fonctionnement de l'offre de soins hospitalière et concouru à sa constante dégradation... De plus, les différentes mesures unilatérales prises par l'Etat (rémunération de la fonction publique hospitalière, effet du GVT, mesures catégorielles, non prise en compte de l'inflation réelle, certification des comptes...), sans financement ad hoc et les considérant comme déjà financées dans le taux d'évolution de l'ONDAM, ont fortement pesé sur les économies à réaliser pour tenir dans les enveloppes fermées de dépenses. Progressivement, depuis deux décennies, après s'être attaqués à la graisse du corpus hospitalier, puis à ses muscles, les pouvoirs publics en sont arrivés à l'os!

3- Une crise sanitaire révélatrice:

C'est dans le contexte imprévu autant qu'extraordinaire de la crise de la pandémie du Covid-19, que cette situation délabrée éclate au grand jour, malgré les multiples alertes longtemps relayées par les organisations hospitalières institutionnelles et professionnelles, tant publiques que privées. Mais que personne, dans aucune sphère de responsabilité à tout niveau, n'a voulu entendre ni prendre en compte jusqu'à ce jour.

Pour autant, qu'elles qu'aient été les sourdes oreilles et l'indifférence des pouvoirs publics à leur égard, les hôpitaux et leurs personnels ont su répondre, non seulement présents, mais se sont engagés de façon déterminée, professionnelle et efficace dans la lutte contre cette épidémie d'un type nouveau, devenue rapidement pandémique. Ils ont montré leurs capacités d'adaptation et leur attachement sans faille aux valeurs profondes du service public hospitalier. A un tel point que chaque soir les applaudissements du pays tout entier qui les saluent ne faiblissent pas. Action saluée également par le président de la République, annonçant pour la sortie de la crise sanitaire un «investissement massif pour l'hôpital public et la revalorisation des carrières de ses personnels», disposant ainsi aujourd'hui d'une aura populaire sans précédent. Par cet engagement au plus haut niveau de nos instances dirigeantes, nous pouvons considérer la forte et urgente nécessité de ne pas décevoir, l'hôpital et ceux qui le servent, ni au plan institutionnel, ni au plan économique, encore moins au plan social...

Une réelle politique d'investissement ne peut plus être conçue comme la contrepartie de la suppression de capacités d'hospitalisation ou d'emplois, dont on a vu le caractère délétère. L'investissement est une condition majeure de l'adaptation de l'hôpital public. C'est aussi le soin dû aux professionnels, qui ne peuvent plus être considérés comme la variable d'ajustement. Leurs effectifs doivent retrouver dans des organisations innovantes, des niveaux compatibles avec la qualité des soins aux malades, mais aussi avec le respect dû à ceux qui donnent beaucoup.

La revalorisation des rémunérations et des carrières due à tous les professionnels hospitaliers participe, au-delà des discours de circonstance et des propos convenus, à la véritable reconnaissance de leur travail, avec des conditions de rémunération qui permettent à l'hôpital de conserver ses soignants et ses médecins et de renouer avec l'attractivité qui fut la sienne auprès des jeunes talents. Le rattrapage de l'insuffisance des rémunérations est une urgente priorité, mais il sera essentiel de mieux prendre en compte la réalité de l'exercice professionnel, des responsabilités assumées, des compétences demandées. Il faudra individualiser et évoluer en prenant en compte l'expérience.

La brutalité de la crise sanitaire concentre tous les projecteurs sur celle de l'hôpital et du secteur médico-social qui couve depuis plusieurs années au travers du thème récurrent de la saturation de l'accueil des urgences et du malaise généralisé des professionnels de santé. Malgré une prise de conscience tardive de l'opinion et des élus, l'engagement du président de la République envers les hospitaliers vient à point nommé. Mais, ce serait une grave erreur que de se contenter de mesures salariales, certes indispensables, sans remettre en perspective ce que doit être, pour les années à venir, la place, le rôle et les missions du service public hospitalier au sein d'un système de santé rénové. Et donc

refonder son organisation, son fonctionnement, sa capacité d'adaptation aux aléas et sa flexibilité. Force est de constater que le statut et les règles de fonctionnement et de gestion des hôpitaux publics sont devenus rigoureusement incompatibles avec la souplesse et l'agilité nécessaires pour anticiper les évolutions permanentes de notre société.

Mais attention! Avec le danger des corporatismes, il ne faudrait pas que la sortie de crise devienne le moyen de renforcer, une fois de plus encore et comme maintes fois dans l'histoire hospitalière récente, les règles statutaires spécifiques de l'hôpital public dont la gestion centralisée relève directement de l'Etat et de ses ARS, (*Agences régionales de santé, normalement en charge de la programmation et de la sécurité sanitaires, ainsi que de la planification de l'offre de soins et de la régulation des flux budgétaires déconcentrés de l'Etat, mais qui se sont réduites à un simple mode de transmission sans pratiquement aucune marge de manoeuvre, ni pouvoir d'initiative*). De même qu'il serait tout aussi naïf de croire que notre système de santé pourrait s'abstraire de toute régulation budgétaire et financière.

4- Le système de santé et l'hôpital public sauvés par la crise?

La déclaration de l'état d'urgence sanitaire par le gouvernement, sous le contrôle du parlement, et la possibilité de gouverner par voie d'ordonnance, constitue une opportunité forte pour la refondation du service public de santé et de l'hôpital.

- Pour le système de santé:

La santé publique concerne toute la population en résidence sur notre territoire pour que chacun bénéficie d'un droit d'accès égal et gradué aux soins. Tous les professionnels de santé, quels que soient leur mode et leurs conditions d'exercice, relèvent du financement de l'Assurance maladie. A ce titre, le service public de santé devrait intégrer tous les professionnels de santé sur le territoire quels que soient leurs modes d'exercice à l'hôpital ou en ville, en institution ou en libéral, en public ou en privé. C'est en cette appartenance commune à un système de santé solidaire et unitaire que se justifierait le financement public par l'Assurance maladie dans un cadre contractuel qui fixerait les missions de chacune des catégories professionnelles de santé. Chaque professionnel devrait ainsi, à équité de contribution, exercer les missions qui lui seraient confiées par le régulateur régional dans le cadre des obligations fixées par l'Etat.

Aussi, reviendrait-il à l'Etat et au Parlement de définir et de fixer les missions et le financement global du service public de santé pour tous ses intervenants des champs sanitaire et médico-social (médecine libérale et hospitalière publique et privée). L'Etat resterait le garant de l'équité territoriale et définirait les modalités de financement des missions de santé publique en se fondant sur les études démographiques, épidémiologiques et de morbidité-mortalité réalisées par les observatoires régionaux de santé, les équipes de recherche universitaires et des grands établissements scientifiques, qu'agrègerait Santé publique France. Il reviendrait également à l'Etat et au Parlement, plus encore qu'aujourd'hui, d'affirmer, leurs rôles d'évaluateurs des politiques publiques engagées dans le champ de la santé publique.

Mais, la mise en oeuvre pratique de ces compétences devrait être décentralisée et confiée aux régions qui prendraient la responsabilité du pilotage et de la régulation de l'offre de soins sanitaires et médico-sociaux, tout en assurant le développement des politiques territoriales de prévention. Des synergies Région/Département seraient à rechercher pour harmoniser la gestion du sanitaire et du social et/ou médico-social, notamment pour garantir le continuum de la prise en charge du vieillissement, du handicap, de la dépendance et de la précarité. Pour ce faire, à l'instar de ce qui s'est déjà opéré dans les précédentes lois de décentralisation, le transfert des compétences des ARS, sous compétence actuelle de l'Etat, vers les Régions et d'une part de leurs personnels (avec droit d'option), devrait être rendu possible.

De même, l'exercice du contrôle de tutelle de l'Etat sur les établissements hospitaliers devrait être profondément reconsidéré dans ce nouveau cadre décentralisé et en lien avec l'Assurance maladie, organisme payeur.

- Pour l'Hôpital:

Qu'ils soient publics ou privés à but lucratif ou non, les établissements de santé (EPS) concourent, chacun en ce qui le concerne, à la réalisation de missions de santé publique en faveur de nos concitoyens. De fait, ils bénéficient d'un réel «droit de tirage» sur les financements publics de la Sécurité sociale. En conséquence, la source du financement public étant la même pour tous ces acteurs, dans le respect du principe d'égalité devant les charges publiques et d'équité entre les bénéficiaires, il conviendrait que les missions dévolues de droit, ou par contrat, soient assurées dans un cadre conventionnel commun à tous les acteurs, quelle que soit la diversité des statuts juridiques des établissements de santé.

L'hôpital public se présente comme une des institutions les plus complexes. Très consommateur de moyens coûteux (2,5 fois le budget de la défense nationale...) il doit être géré de façon efficiente par des décideurs rendant des comptes à la collectivité nationale. Il s'agit, non point de justifier une gestion comptable de l'hôpital, mais de promouvoir une gestion responsable de l'argent public que les français consacrent à leur santé, au travers du budget de la Sécurité sociale. Sachant que la France est le pays européen où la participation directe des ménages aux dépenses de santé est la plus faible.

Son statut institutionnel et ses règles de gestion d'établissement public administratif (EPA), ses statuts professionnels nombreux relevant de la fonction publique hospitalière, qui régissent ses différentes catégories de personnels, facteurs d'esprit de corps confinant à un corporatisme obsolète devenu impertinent, sont antinomiques de l'efficacité, de la souplesse et de la réactivité nécessaires pour s'adapter de façon permanente et être au rendez-vous des évolutions sociétales. Trop souvent, règne la confusion entre «service public» et «fonction publique». Le mythe protecteur du statut s'avère, à l'usage, plus propice à la stagnation et à la démotivation qu'à l'encouragement, la motivation et la mobilisation de l'énergie des acteurs hospitaliers.

Si l'on met en avant, de plus en plus souvent et de manière caricaturale, le caractère bureaucratique du fonctionnement hospitalier public, ce n'est pas tant en considération d'un sur-effectif de personnel administratif aux dépens du personnel soignant, qu'en considération de l'accumulation de textes et règles touffus, confus et diffus, confinant à l'injonction contradictoire paralysante des initiatives.

En effet, si l'on y regarde de plus près, les personnels administratifs représentent en moyenne que 10 à 11% des effectifs de l'hôpital public, pour 13 à 14% dans les ESPIC et 15 à 16% dans les établissements privés à but lucratif. Si on retire les personnels des secrétariats médicaux et les assistants sociaux qui y sont comptabilisés, alors qu'ils travaillent directement à la prise en charge en soins des patients, il ne reste que 6% d'effectif administratif à l'hôpital public, ce qui est peu au regard d'entreprises privées qui gèrent des budgets comparables... Ce qui est véritablement mis en cause, c'est le «centralisme bureaucratique» de l'organisation sanitaire et du système hospitalier, produit de l'empilement régulier de réformes structurelles et fonctionnelles inachevées, auquel s'ajoute la dilution du processus de décision.

La question posée est de savoir qui, à l'hôpital public, a la légitimité pour porter la stratégie d'offre de soins en lien avec l'agence régionale de santé (ARS) et pour diriger et assurer la bonne marche générale de l'établissement au travers des fonctions logistiques, financières et de ressources humaines? Est-ce le directeur actuellement nommé par le gouvernement, responsable civilement et pénalement et devant les autorités de tutelle, qui devrait se contenter d'assurer l'intendance? Les choix stratégiques qui engagent l'avenir et l'équilibre financier devant relever seulement du corps médical, au sein d'une commission médicale dont le président, élu par ses pairs, ne rend compte ni à l'institution ni à la Nation?

Transférer le pouvoir du directeur aux médecins pour alléger la pression budgétaire et financière afin de diminuer les tensions sociales intra-hospitalières actuelles, relève de la naïveté la plus pure s'agissant de confier des décisions qui engagent une part aussi décisive des finances publiques et du PIB à des professionnels qui souhaitent exercer le pouvoir sans en assumer les responsabilités.

Pour les établissements hospitaliers publics, il faut proposer un statut souple. Le statut des établissements de soins privés à but non lucratif, dits d'intérêt collectif (ESPIC), peut être considéré aujourd'hui comme celui qui répond le mieux aux exigences d'efficacité et de qualité de vie au travail. C'est le modèle le plus répandu en Europe. Changer le statut des hôpitaux publics ne modifierait en rien leurs missions, ni leurs obligations.

Le changement radical porterait sur sa gouvernance qui deviendrait simple, claire et efficace, à la différence de celle de l'hôpital public actuel, paralysé par d'interminables débats de gouvernance, corseté par des règles statutaires invariables d'un bout à l'autre du territoire national, englué dans la recherche formelle et permanente d'un équilibre des pouvoirs internes, gage d'immobilisme, d'indécision et d'irresponsabilité.

Dans les ESPIC, le directeur est nommé par le Conseil d'administration composé d'élus, de représentants des usagers, des médecins et des personnels, et responsable devant lui. Tout le personnel et les médecins sont recrutés par contrat signé par le directeur, la convention collective, propre à ce secteur d'activité, définit la rémunération minimum, chaque établissement fixant le niveau des rémunérations supplémentaires en fonction des performances négociées et mesurées. Dans ce modèle, les dirigeants choisissent librement les modalités de gouvernance interne: décentralisée, participative et médicalisée. La meilleure reconnaissance de ce dispositif, respectueux des valeurs du service public hospitalier, réside dans le fait que de plus en plus d'acteurs hospitaliers publics, directeurs, médecins et autres catégories soignantes, fatigués des pesanteurs et blocages grandissants de l'hôpital public s'orientent vers les ESPIC.

5- L'unité d'action pour la solidarité et l'efficacité de l'offre de soins hospitalière:

Il n'est pas improbable que la crise sanitaire que nous connaissons remette en cause également le dispositif des cliniques commerciales qui pourraient évoluer vers un système de fondations. Ce pourrait être l'opportunité de fusionner les trois grandes fédérations hospitalières actuelles (FHF, FEHAP et FHP) en une seule fédération du service public de santé comme l'Allemagne nous en montre l'exemple dans un cadre sanitaire décentralisé au niveau des Lander. Ce qui serait le symbole pragmatique d'une réelle volonté de changement dans notre pays et la création d'une puissance d'action hospitalière à la hauteur des nouveaux défis sanitaires du 21ème siècle. Il en va là, prioritairement, de la volonté déterminée de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

La convergence tarifaire, présentée comme souhaitable par tous les opérateurs de soins, pourrait constituer un motif de consensus partagé pour l'avenir de l'équilibre du financement de notre système hospitalier par la Sécurité sociale. D'ores et déjà, une grande majorité d'acteurs se reconnaît dans la nécessité de corriger la place et l'architecture de la tarification à l'activité (T2A). De nombreux groupes de travail, représentatifs des trois secteurs d'hospitalisation, sont à l'oeuvre. Si des indicateurs sont à trouver pour inciter à mieux rémunérer la qualité et la performance des soins, il s'avère nécessaire qu'ils soient purement qualitatifs, et non point technocratiques. Les indicateurs désincarnés que les soignants ne comprennent pas sont rédhibitoires.

Mais, ce qui a profondément dégradé le fonctionnement des hôpitaux durant cette dernière décennie, ce ne sont pas tant les mécanismes de la T2A, que la régulation prix/volume au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), faisant que les tarifs baissaient ou n'augmentaient pas proportionnellement à la hausse naturelle des dépenses hospitalières. Ce qui a justifié une véritable course à l'activité que le corps médical et les soignants ont très mal vécue.

Il est donc nécessaire de s'engager résolument dans des règles de fixation des tarifs qui couvrent, de façon transparente, l'évolution réelle des coûts hospitaliers.

6- Le moment de la refondation hospitalière est venu !

Nous voyons bien, au travers des mesures d'urgence votées en toute hâte par le Parlement, qu'il faut s'abstraire de nos habituelles contraintes réglementaires et y

substituer des règles simples et responsabilisantes pour ceux qui ont la charge de les appliquer. En cela, la crise que nous vivons tous est propice à une réelle prise de conscience nationale de réformer en profondeur notre système de santé, avec lui au premier chef l'hôpital public qui en est l'élément pivot.

L'Etat d'urgence sanitaire, la gouvernance par voie d'ordonnances ratifiées par le Parlement, la proposition de loi «3D» «décentralisation, différenciation, déconcentration» en cours de préparation au Sénat, sont autant d'opportunités de réformer pour le bien commun, avec courage et ambition, notre système de santé et l'hôpital comme ils en ont la vocation. Aujourd'hui plus qu'hier, croire que les milliards indispensables à affecter au système de santé et à l'hôpital suffiront à eux seuls à les sortir de la crise relève de la chimère. L'effort national à consentir doit s'assortir d'une forte volonté de réforme.

7- Préconisations:

1) Affirmer le rôle de l'Etat, par la loi et le règlement, dans la définition des missions du service public de santé et du service public hospitalier, en garantissant le principe d'équité territoriale afin de respecter l'égalité d'accès aux services de santé par une offre graduée et l'égalité de traitement des patients dans les établissements de santé sur le territoire national. Définir les territoires de santé en référence aux bassins de vie déterminés par l'INSEE.

2) Maintenir la compétence exclusive de l'Etat, responsable de la politique de santé, dans la fixation de l'ONDAM. La Sécurité sociale, gestionnaire du risque, en assurant le financement au travers de l'Assurance maladie. A cet égard, aménager en conséquence la participation de l'Assurance maladie aux procédures de contrôle des acteurs du système de santé.

3) Décentraliser auprès des régions les conditions de mise en oeuvre de la politique nationale de santé définie par l'Etat garant de l'équité de la péréquation inter-régionale. Les régions assureront la responsabilité du pilotage de l'investissement et de la régulation de l'offre de soins et médico-sociale, y compris au plan économique en cas d'implantation d'activités de soins dans des territoires qui ne répondraient pas à un besoin sanitaire et/ou populationnel.

4) Confier aux régions le développement d'une véritable politique de prévention et rechercher des synergies entre les régions et les départements pour harmoniser la gestion des secteurs sanitaire et médico-social ou social, notamment pour assurer le continuum de la prise en charge des soins dans les domaines du vieillissement et de la vulnérabilité, du handicap, de la dépendance et de la précarité, en lien avec la médecine de ville. Un mécanisme de subventions attribuées par la Région, réparties dans la transparence entre tous les acteurs et conditionnées par l'atteinte d'objectifs contractuels issus du projet régional de santé, pourrait venir compléter les fonds propres des établissements. D'ores et déjà, à la faveur de la crise sanitaire, les présidents de régions et des présidents de collectivités territoriales se sont déclarés «prêts à une montée en puissance des régions dans l'organisation

de notre système de santé publique, à l'image des autres pays européens, en lien avec le corps médical, les acteurs de la recherche et les autres niveaux de collectivités qui luttent contre les déserts médicaux» (*déclaration pour la relance et la construction des régions, Le Monde 30/05/20*).

5) Transférer les compétences des actuelles agences régionales de santé (ARS) aux Régions, accompagnées des dotations optimisées de personnels nécessaires. Pour la plupart, les ARS n'ont pas su faire la preuve de leur capacité à promouvoir des organisations sanitaires et médico-sociales correspondant aux enjeux locaux, à l'inverse des collectivités locales qui ont un rôle à jouer, s'il est admis que la santé est un tout dont ne peut être dissociée l'organisation sanitaire au sens strict.

6) Changer le statut d'établissement public administratif (EPA) de l'Etat de l'hôpital public, au profit du statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), afin de bénéficier d'une gouvernance souple et agile, rendue nécessaire par les contraintes d'adaptation permanente et d'anticipation de l'évolution des besoins de santé. La souplesse de gestion des ESPIC leur permet, par leur taille humaine en rupture avec la course au gigantisme de l'hôpital public, d'être plus réactifs et adaptatifs et de mieux combiner à la fois l'humanisme des prises en charge, la performance médicale et l'efficacité économique. Et introduire une représentation de l'Assurance maladie au sein des conseils d'administration des Espic.

7) Financer au forfait les activités relevant de l'exécution des missions du service public hospitalier par tout établissement de soins qui en aura reçu l'autorisation du régulateur régional, tels l'accueil des urgences, les soins critiques, et les activités de recours comme les greffes. A ce titre, le service public hospitalier doit être refondé en affichant, en contrepartie des mêmes obligations, des financements identiques et il doit être permis au secteur privé d'assurer des missions de service public dans les territoires où le secteur public est en difficulté. Financer sur des bases populationnelles et épidémiologiques certaines maladies chroniques. Financer toutes les autres activités de soins par une seule et même tarification à l'activité (T2A) ou au parcours de soins, commune à tous les acteurs hospitaliers quel que soit leur statut, intégrant les honoraires médicaux dans ces tarifs pour les établissements de soins privés à but lucratif.

8) Procéder à l'évaluation régulière de l'organisation sanitaire et de l'activité de soins des établissements de santé, par le recours à la Haute Autorité de Santé (HAS), fondée sur la mesure du résultat, plutôt que sur la satisfaction de l'obligation de moyen, en privilégiant l'évaluation continue de la pertinence des prescriptions et des actes de soins.

9) Revaloriser significativement les rémunérations et les carrières des professionnels de santé, afin de permettre aux établissements de soins de rétablir leur attractivité auprès des jeunes professionnels, et de rompre avec le dumping salarial et les surenchères en promouvant une charte de modération des salaires et des honoraires pour les métiers en tension.

10) Investir massivement dans l'organisation et les équipements sanitaires, sur la base d'études d'impact préalables dûment argumentées et selon des règles identiques pour tous les acteurs.

Note de bas de page 10 relative à la préconisation 6

Quand nous proposons de changer de catégorie juridique le statut de l'hôpital public, d'un statut d'établissement public administratif (EPA) en une nouvelle catégorie juridique d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), il n'est aucunement question de «privatiser» l'économie générale du financement de ces établissements. Bien au contraire, au service de l'intérêt général ils sont en charge de l'exécution des missions (urgences, soins, enseignement, formation, recherche, hygiène et prévention) et obligations (égalité d'accès et de traitement, continuité, neutralité, adaptation) du service public hospitalier (SPH). Leurs ressources continuent, comme actuellement, de provenir quasi exclusivement des fonds publics de l'assurance maladie, qui elle même relève du droit privé. Ils demeurent sous la tutelle de l'Etat qui exerce un contrôle «a posteriori» sur l'ensemble de leur fonctionnement. Seul le dispositif de gouvernance interne est assoupli et garant d'une plus grande autonomie de gestion et de fonctionnement, assortie d'une plus large liberté d'initiative (cf supra). Face à l'accélération fulgurante des sciences médicales et des technologies biomédicales, en même temps que de l'émergence de l'intelligence artificielle dont le domaine de la santé est un terrain d'élection, il est impérieux de disposer de la plus effective latitude d'anticipation des adaptations nécessaires pour répondre le mieux possible, en temps et en heure, aux besoins constamment renouvelés des patients.