Guy Collet et Gérard Vincent A l'hôpital, il faut sortir du débat mortifère public-privé

Le statut et les règles de gestion des établissements publics sont devenus incompatibles avec la souplesse nécessaire pour faire face aux enjeux d'une évolution permanente, estiment les deux directeurs d'hôpital

La crise sanitaire que traverse notre pays a fait éclater au grand jour celle de l'hôpital, secoué depuis plusieurs mois par les difficultés des services d'urgences et plus profondément par le malaise des professionnels de santé. Il ne s'agit pas aujourd'hui d'en chercher les causes ni les responsabilités. L'heure est à la cohésion nationale derrière un gouvernement de crise. Il appartiendra à la représentation nationale d'en débattre. Nul doute qu'à cette occasion, nombre d'irresponsables se délecteront de débats stériles qui ne feront qu'ajouter à la confusion.

Le président de la République a annoncé un plan massif de soutien aux hôpitaux et aux hospitaliers. Cela est juste, même si la prise de conscience est tardive. Mais rien ne serait pire que de se contenter de mesures salariales, sans se poser la question du rôle et de la place du service public dans le système de santé, de la définition de ses missions, de son organisation, de sa régulation comme de sa capacité à s'adapter en permanence.

Le pire serait que la crise soit le prétexte aux revendications idéologiques de toute nature qui, dans le secteur de la santé, s'expriment, le plus souvent, par un renforcement des règles statutaires exclusives, étatiques et centralisées. Le risque est réel que ces poncifs d'un autre âge trouvent audience parmi certains professionnels de santé du secteur public, qui réclament, par exemple, de manière irresponsable le retour du budget global et la fin de la tarification à l'activité à l'hôpital. Enfin, il serait bien naïf de croire que le système de santé échappera demain à toute régulation, notamment financière.

Pour faire de la crise une opportunité, il convient à nos yeux de mettre en œuvre quelques idées simples qui demandent un peu de courage politique pour contrer les corporatismes. La santé publique concerne l'ensemble des Français, qui ont tous droit à un accès à des soins gradués sur tout le territoire. Les missions du service public doivent être clairement définies et ne doivent plus relever d'un quelconque monopole. Il faut sortir du débat mortifère public-privé. Si l'Etat, avec le Parlement, doit décider des principes du service public et de son financement global, la mise en œuvre doit être décentralisée et confiée aux régions, qui seront responsables du pilotage et de la régulation de l'offre de soins et médico-sociale, y compris sur le plan économique en cas de déficit, et du développement d'une véritable politique de prévention.

Le service public de santé doit inclure tous les professionnels sur un territoire, qu'ils travaillent en institutions ou à titre libéral. C'est cette appartenance à un système de santé solidaire qui justifie le financement public par l'Assurance-maladie dans un cadre contractuel qui fixera les missions de chacun. Le débat sur la liberté d'installation devient dès lors obsolète. Chacun doit exercer les missions qui lui sont assignées par le régulateur régional dans le cadre des contraintes fixées par l'Etat. Le financement des acteurs doit être mixte, forfaitaire pour la mission et à l'activité ou à l'acte pour rémunérer l'engagement des professionnels.

> LES PERSONNELS MOTIVÉS ET ENGAGÉS N'ONT PAS BESOIN D'ÊTRE PROTÉGÉS PAR DES STATUTS QUI NE CONFORTENT QUE LES MÉDIOCRES

Des règles souples et responsabilisantes

En ce qui concerne l'hôpital, il est clair aujourd'hui que son statut propre, les corporatismes protégés par les multiples statuts professionnels et les règles de gestion d'un établissement public administratif sont devenus incompatibles avec la souplesse, la réactivité et l'efficacité nécessaires pour faire face aux enjeux d'une évolution permanente. On confond service public et fonction publique, alors que les statuts ne devraient être que des outils, et non une fin en soi. Les personnels hospitaliers ne réalisent pas que leur statut protège ceux qui n'ont pas envie que le système fonctionne et qui contestent tout en permanence. Les personnels motivés et engagés, c'est-à-dire l'immense majorité d'entre eux, n'ont pas besoin d'être protégés par des statuts qui ne confortent que les médiocres en toute impunité.

Le modèle des hôpitaux privés à but non lucratif apparaît aujourd'hui, même s'il n'est pas parfait, comme celui qui répond le mieux aux exigences d'efficience et de qualité de vie au travail. La gouvernance y est simple et ne recherche pas en permanence un équilibre des pouvoirs propice à l'immobilisme et à l'indécision. Le directeur est nommé par le conseil d'administration et responsable devant lui. Les personnels, médecins compris, sont recrutés sur contrat. La convention collective définit la rémunération minimum et chaque établissement fixe le niveau des rémunérations supplémentaires en fonction des performances négociées et mesurées. C'est clair, simple et responsable. Il est d'ailleurs intéressant de constater que nombre de directeurs et praticiens hospitaliers publics se tournent vers ce type d'établissements, las des lourdeurs de l'hôpital public.

Il n'est par ailleurs pas impossible que la crise actuelle remette en cause le modèle des cliniques commerciales, qui pourraient être amenées, elles aussi, à évoluer vers un système de fondations. La fusion des fédérations hospitalières actuelles en une fédération du service public de santé, à l'instar de l'Allemagne, serait une proposition à forte valeur symbolique. En conclusion, il est clair que la crise peut créer la possibilité d'une prise de conscience si un tel projet est porté par un consensus national au-delà des calculs politiques de circonstance. La loi « 3D » *[décentralisation, différenciation, déconcentration]* préparée par le Sénat en est l'occasion. Ajoutons que l'exemple des mesures d'urgence votées par le Parlement montre bien la nécessité de transgresser les règles administratives habituelles et de proposer un corpus de règles simples, souples et responsabilisantes, car il serait bien naïf de croire que quelques milliards injectés dans les hôpitaux suffiront à mettre fin au profond malaise actuel. ■

Guy Collet *est directeur d'hôpital, conseiller général des établissements de santé. Il a été corapporteur du rapport Larcher sur l'avenir de l'hôpital en 2008, chargé de mission au cabinet de Roselyne Bachelot et conseiller en stratégie de la Fédération hospitalière de France*
Gérard Vincent *est un ancien directeur d'hôpital et inspecteur général des affaires sociales. Il a été le président du Syndicat national des cadres hospitaliers, directeur des hôpitaux au ministère de la santé et délégué général de la Fédération hospitalière de France*

Monique Boutrand Nos aînés seront mieux protégés des futures pandémies s'ils vieillissent chez eux

La spécialiste des questions de vieillissement plaide pour le développement de services de proximité pour les personnes âgées

Nous ne savons pas encore avec quelle ampleur la pandémie de Covid-19 frappera les personnes âgées vivant en établissement en France, mais l'évolution de la courbe, pour autant que les chiffres soient vérifiés, a de quoi inquiéter. Elle montre que l'on pourrait rapidement déplorer plus de décès dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que dans tous les hôpitaux réunis.

Pourtant, les familles, les personnes âgées elles-mêmes quand elles l'ont choisi, ont opté pour ce mode d'hébergement, afin que ces dernières soient mieux protégées qu'à leur domicile. Ce virus pourrait conduire à interroger ces choix individuels, mais surtout à reconsidérer des politiques publiques anciennes qui ont encouragé le développement massif de maisons de retraite en France, décisions qu'il convient aujourd'hui de questionner.

Dans son rapport remis en 2013, intitulé « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro ! », Luc Broussy, expert du vieillissement, pointait nos choix nationaux des années 1980 devant l'allongement de la vie et les conséquences du baby-boom. Des choix *« sanitaires »*, expliquait-il, jugeant que le vieillissement relevait de politiques de santé publique : *« Autant les financeurs publics, les investisseurs privés que les pouvoirs publics se sont très largement concentrés sur les établissements en général, et les Ehpad en particulier, tout en répétant inlassablement que la politique de maintien à domicile devait être LA priorité. Cela n'a pourtant pas du tout été le cas ! »*

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, du 28 décembre 2015, portée en 2014 par Michèle Delaunay, alors ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, a voulu corriger ces dérives et remettre le maintien à domicile au cœur des politiques publiques. Son départ du gouvernement, avant même le vote de la loi, n'a pas permis l'application efficace de ses préconisations, notamment en ce qui concerne le développement des services à domicile.

En France, les personnes âgées paient le prix fort de la pandémie. Nombre de leurs lieux collectifs de vie sont devenus des clusters, lieux de favorisation de la contagion. Actuellement, 609 000 personnes âgées vivent en Ehpad (21 % des plus de 85 ans), et, toutes formes d'établissements confondues, près de 880 000 résidents âgés sont hébergés dans des lieux collectifs, selon les données 2017 de l'Insee.

Cette situation nous semble aller de soi compte tenu de l'évolution des structures familiales et de l'allongement de la durée de la vie. Pourtant, il pourrait aujourd'hui en être tout autrement. Il s'agit bien des conséquences de choix politiques qui datent des années 1980 et qui ont toujours été confirmés depuis, malgré les discours récurrents en faveur du maintien à domicile. Face au vieillissement de la population, qui est une caractéristique commune à notre continent, plusieurs pays européens ont mis en œuvre d'autres options en termes sociaux et sanitaires.

L'exemple danois

Prenons le Danemark. En 1987, une loi sur les services sociaux (le titre est important, ce n'est pas une loi sur la dépendance) a interdit la construction de nouvelles maisons de retraite. A cette date, 17 % des plus de 85 ans vivaient en établissement dans ce pays. En revanche, des logements adaptés ont été construits en grand nombre. Ils devaient être accessibles aux personnes handicapées, et donc aux personnes âgées. Ce choix a conduit à une diminution importante des personnes âgées en établissement.

La Fondation Robert Schuman donne des chiffres qui illustrent les conséquences de ces décisions : en 2001, au Danemark, il y avait encore 27 635 places en maison de retraite, mais, dix ans après, il n'en restait que 9 436. Aujourd'hui, dans ce pays, environ 4 % des personnes âgées de plus de 85 ans sont hébergées en établissement. Parallèlement, les communes, subventionnées par l'Etat pour cet accompagnement, ont mis en place des services de proximité pour apporter à domicile toute l'aide dont pouvaient avoir besoin ces personnes.

Plus récemment, pour des raisons d'économies clairement affichées, les Pays-Bas ont voté en 2007 une loi dite « d'accompagnement social » et ont transféré aux collectivités locales la responsabilité de toutes les prestations destinées à faciliter l'autonomie. Chaque quartier dispose d'un médiateur, salarié de la commune, qui rend visite aux gens âgés à leur domicile et assure le lien entre les différents intervenants, professionnels, famille ou bénévoles. L'Etat verse aux communes une dotation correspondant à leur investissement. Alors que la pandémie touche aujourd'hui l'ensemble de l'Europe, il sera intéressant, lorsque nous en verrons le terme, d'analyser la façon dont les plus âgés, selon les pays et les modes de vie, ont été frappés par ce virus.

Soutenir les initiatives locales

Quoi qu'il en soit, l'hécatombe actuelle dans nos Ehpad doit nous faire réfléchir. Des voix s'élèvent pour demander d'urgence une loi sur la dépendance. Encore une ! Si nous changions plutôt complètement de regard sur le vieillissement ? Reconstruire une politique de la longévité peut, et doit, se faire sur trois axes essentiels. Premièrement, un engagement national fort à investir dans de nouvelles politiques de logement et de services pour permettre le maintien à domicile. Ensuite, une reconnaissance des métiers liés à l'accompagnement des personnes âgées, passant en premier lieu par des rémunérations à la hauteur de l'engagement des salariés. Enfin, un soutien aux multiples initiatives locales qui développent déjà des services de proximité, comme l'a fait, dès 1999, le département de la Corrèze, avec un service aux âgés isolés, appelé « Présence 19 », devenu aujourd'hui « Corrèze Téléassistance ». Bien des enseignements pourraient être tirés de cette expérience déjà ancienne.

Pour reprendre les mots de Dominique Libault, auteur du rapport « Grand âge et autonomie », de mars 2019, il s'agit surtout d'*« aider nos parents à vivre debout, avec les autres, au milieu des autres »*. Parions que nos aînés seront mieux protégés contre les futures pandémies s'ils vieillissent chez eux, grâce aux solidarités de proximité, familiales ou de voisinage. Ce qui se passe en ce moment dans bien des quartiers, des rues et des villages nous le prouve. ■

Monique Boutrand *est chargée de mission à la CFDT-Cadres. Elle a été présidente de la section cadre de vie du Conseil économique, social et environnemental (CESE), auteure du rapport « Seniors et cité » (2009) et corapporteuse de l'avis du CESE sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (2014)*