

# Brigitte Dormont

## Il faut mettre sur la table la question d'un pilotage des dépenses de ville

L'économiste montre comment l'inégalité de gestion financière entre médecine de ville et hôpital d'une part, et entre hôpitaux d'autre part, a mené le système de santé dans une impasse, dont il s'agit aujourd'hui de sortir

Les débuts du Ségur de la santé suggèrent qu'il n'y aura pas grand-chose au bout des déclarations faites par le président de la République au cœur de la crise du Covid-19. Tout d'abord, les annonces ne concernent que l'hôpital : on met donc de côté un problème majeur de notre système de santé, qui est le pilotage séparé de la médecine de ville, de l'hôpital et du médico-social. Personne n'en parle, mais la médecine de ville a été complètement mise de côté au début de l'épidémie, et les résultats mitigés de la France dans la gestion de cette crise ne sont peut-être pas étrangers à cela.

Ensuite, il n'y a aucune remise en question de la façon dont la tarification à l'activité (T2A) a été appliquée dans les hôpitaux, mais seulement le rappel des objectifs du plan Ma santé 2022, déjà posés il y a deux ans. Le défaut capital de la T2A n'est donc pas pris en compte, à savoir une maîtrise du budget hospitalier qui passe par un mécanisme de « point flottant », où les tarifs décroissent à proportion des volumes de soins délivrés.

S'il est maintenant bien connu que l'hôpital est soumis depuis plusieurs années à de sévères restrictions budgétaires, on sait moins que cela a un rapport avec l'absence de pilotage des dépenses de soins de ville. Pourquoi, alors que les soignants se plaignent de l'insuffisance des moyens à leur disposition, la France ne fait-elle pas partie des pays les plus économes pour les dépenses de santé ?

Comme l'a montré une note de France Stratégie, en 2018, les dépenses publiques de santé en France sont parmi les plus élevées d'Europe, mais la France dépense moins pour l'hôpital public que la presque totalité des pays européens. Ainsi, dans notre pays, les économies demandées pour les dépenses de santé prises dans leur ensemble sont modérées, mais, à l'intérieur des dépenses de santé, les efforts demandés à l'hôpital sont particulièrement importants.

En pratique, la dépense publique de santé, définie par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté chaque année au Parlement, est ventilée entre une dépense de médecine de ville et une dépense de médecine hospitalière. Or, il n'existe pas de véritable mécanisme de maîtrise de la dépense de ville, pour beaucoup de raisons et en particulier parce que les soins en ville (les consultations par exemple) sont couverts par la Sécurité sociale, avec des remboursements effectués a posteriori. Il y a souvent un dépassement de l'Ondam en médecine de ville. Et, depuis cinq ou six ans, ce dépassement a été absorbé par des restrictions du budget de l'hôpital.

### Offrir les soins les plus pertinents

Contrairement à la médecine de ville, les dépenses pour l'hôpital sont en effet facilement contrôlables, avec des budgets alloués par le ministère. Le financement prend la forme de paiements forfaitaires pour les séjours avec le mécanisme de point flottant qui fait qu'on maîtrise parfaitement la dépense. Plus précisément, si l'activité hospitalière et le nombre d'actes pratiqués augmentent dans l'année au-delà de ce qui était prévu pour le calcul de l'Ondam, les tarifs sont tous diminués au prorata de « l'excès » d'activité pour que la dépense reste dans les limites de l'enveloppe prévue.

Ce mécanisme permet un strict respect du budget. Il permet même, comme c'est le cas depuis plusieurs années, de ne pas distribuer entièrement le budget hospitalier et d'en amputer une partie sous la forme de réserves, utilisées pour compenser le déficit dû aux dépenses de ville.

Au-delà de ces phénomènes de vases communicants budgétaires, le problème de la



**LES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ EN FRANCE SONT PARMI LES PLUS ÉLEVÉES D'EUROPE, MAIS LA FRANCE DÉPENSE MOINS POUR L'HÔPITAL PUBLIC QUE LA PRESQUE TOTALITÉ DES PAYS EUROPÉENS**

T2A tient à la façon dont cette réforme a été appliquée, qui a complètement dénaturé des mécanismes qui devaient encourager l'efficacité. Au lieu de définir les tarifs en fonction seulement des coûts moyens de traitement par pathologie, on les a modifiés pour encourager certaines activités en fonction d'« objectifs de santé publique » – par exemple pour décourager le recours excessif aux césariennes –, tout en introduisant le point flottant.

Concrètement, cela signifie que les séjours ne sont pas financés en euros, mais en points, et que la valeur du point baisse si l'activité des hôpitaux sur toute la France augmente au-delà de ce qui était prévu. Dans ce cadre, la valeur du point flottant crée de fait une rivalité de tous contre tous. Un hôpital n'est jamais sûr que ses coûts de production seront couverts, même s'il est parfaitement efficace, car si les autres hôpitaux ont beaucoup augmenté leur activité, la valeur du point aura baissé. En pratique, les mécanismes mis en place ont poussé les hôpitaux à faire plus d'actes, et à cibler les actes les mieux valorisés au lieu d'améliorer leur efficacité.

Le point flottant fait que la dépense est globalement contenue, mais, comme le régulateur a perdu la référence aux coûts moyens observés, il est tout à fait possible que les tarifs soient inférieurs aux coûts de traitement. Par ailleurs, l'augmentation du nombre d'actes et de leur intensité soulève un doute sur la pertinence des soins pour les patients. Elle a aussi conduit à un épuisement des personnels hospitaliers, car leur activité a beaucoup augmenté sans que les budgets aient suivi. Rien ne dit qu'on ait gagné en efficacité, et les hôpitaux sont entrés dans une crise profonde, au terme de trop nombreuses années de course à l'activité.

Pour que le système de soins continue à fonctionner, il est clair que les rémunérations doivent être réévaluées pour être à la hauteur des services rendus. Mais la recherche d'efficacité doit aussi être au rendez-vous du Ségur. L'efficacité, ce n'est pas diminuer les budgets, c'est offrir les soins les plus pertinents, avec les meilleurs gains en santé et en longévité, pour un niveau donné de dépenses de santé. Or, si rien n'est fait pour mettre sur la table la question d'un réel pilotage des dépenses de ville, si l'on n'abandonne pas la conduite actuellement défailante des dépenses à l'hôpital, les problèmes de budget seront encore devant nous, et on n'aura pas gagné en efficacité. ■

Brigitte Dormont est économiste, professeure à l'université Paris-Dauphine-PSL

# Aurélien Rousseau

## La crise sanitaire et sociale doit amener à un changement

Dans le Grand Paris, l'épidémie de Covid-19 a mis au jour le lien entre les inégalités socio-économiques et celles de santé, estime le haut fonctionnaire

Lorsque l'épidémie de Covid-19 a déferlé sur notre système de santé, il a fallu construire une digue, toujours plus haute, pour qu'il tienne. Ce n'est pas une sorte de main invisible qui a permis cette levée en masse, mais l'engagement de chacun, sans jeu de rôle, à l'hôpital, en ville, dans les Ehpad, dans l'administration. Les Agences régionales de santé (ARS) ont été au cœur de cette mobilisation, sans relâche, en soutien des soignants, en relais comme en initiative, en invention aussi, souvent. Elles ont été, elles aussi, percutées dans leur culture et leur savoir-faire, mais elles n'ont pas lâché. Elles ont également été confrontées à des sujets qu'elles connaissaient, mais qui ont pris, dans cette crise, une ampleur inédite.

Pour moi, une image s'impose : c'était un dimanche de mars, avec le directeur général de l'AP-HP et le directeur de l'offre de soins de l'Agence. Nous sommes allés à la rencontre des équipes dans des services de réanimation à Bobigny, Montfermeil et Aulnay, au moment où les arrivées y étaient les plus massives. Dans tous ces services, au CHU comme dans un hôpital ou une clinique, il était évident que se jouait quelque chose qui n'était pas juste une question sanitaire, que derrière l'épidémiologie se dessinait la question sociale, celle des déterminants sociaux dans l'accès aux soins, celle des ségrégations et des inégalités.

Maintenant que la vague se retire, le soulagement, la fierté légitime de tous ceux qui, à leur place, ont contribué à ce combat voisinent avec la morsure amère d'une surmortalité différenciée d'un territoire à l'autre, qui a fait naître une obligation : réarmer les dispositifs de santé publique et de prévention.

### Effort de lucidité

L'impact essentiel des inégalités n'est pas une découverte. Pour l'ARS, c'est une bataille qui est au cœur de son projet depuis dix ans, mais nous savons désormais, et l'étude que nous avons commandée à l'Observatoire régional de santé le démontre, que les caractéristiques de cette épidémie, ses formes de transmission en ont fait un amplificateur supplémentaire d'inégalités. Le Covid-19 a touché plus fortement les territoires où se concentraient la pauvreté selon une mécanique qui semble implacable : des pauvres plus exposés aux contaminations, du fait, notamment, de leurs logements et de leurs emplois ; des populations qui développent plus fréquemment des formes sévères, compte tenu de la prévalence de facteurs de comorbidité (obésité, diabète...); des patients dont l'entrée dans les soins a été tardive.

Tirer les leçons de cette épidémie suppose d'ouvrir la focale, de replacer ce que nous avons vécu dans un champ large, de sortir de l'exceptionnalité pour en tirer des actions durables. Cela exige un effort de lucidité et de transparence sur ce que nous avons fait, ce que nous voulons faire fructifier et la manière de renouveler notre action.

Aurélien Rousseau est directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France

Pour répondre aux inégalités, il faut organiser la solidarité régionale. C'est pour cela que dès le début de la crise, nous avons construit une approche régionale des capacités de réanimation. Cela a permis qu'un patient pris en charge par le SAMU dans un quartier de l'Essonne dispose de la même qualité de soins qu'un habitant du cœur de Paris vivant à proximité d'un CHU.

Pour répondre aux inégalités, il faut faire pour les territoires prioritaires, en assumant un principe de différenciation des interventions publiques, comme cela a été fait il y a quelques mois avec le plan « l'Etat plus fort en Seine-Saint-Denis ».

### La nécessité d'une action globale

Pour répondre aux inégalités, pour faire face au Covid-19, nous avons construit des outils d'action publique en direction des publics les plus fragiles, structuré des coalitions inédites, Etat, collectivités, assurance-maladie, médecins de ville ou hospitaliers, associations, pour « aller vers » les publics éloignés du soin. La contribution de l'hôpital, comme de la ville, aux démarches de santé publique a pris une ampleur inédite. L'armement, en quelques jours, de cinquante opérations de dépistage au cœur des quartiers plus exposés au virus l'a bien illustré. Transformer la santé publique aujourd'hui, c'est déjà pérenniser ces démarches. Mais après avoir fait cela, nous ne serons toujours pas quittes.

Si le travail en direction des plus précaires, notamment des personnes hébergées et en parcours d'asile ou d'insertion, a pu être accéléré, coordonné, facilité, nos démarches n'ont pu rompre l'équation qui conduit, par exemple, des travailleurs pauvres à être davantage exposés et à moins recourir aux soins.

Pour eux, nous devons faire davantage, pour mieux saisir la façon dont leur position sociale produit des effets sur leur santé et sur leur prise en charge. Cela recouvre des effets individuels, mais aussi des logiques urbaines, notamment de ségrégations, toutes les formes de ségrégations, qui nécessitent une action globale, bien au-delà du champ de la santé. On pense bien sûr au logement, à l'éducation, à l'urbanisme ou aux transports.

Nous devons assumer en France que la politique de prévention, d'action sur les déterminants de santé, notamment environnementaux, est une partie intégrante de la politique de santé.

Mais il faut aussi construire les conditions pour que le système de soins garantisse la réelle intégration de ces conditions socio-économiques comme facteur d'évolution de la maladie, comme cela a été fait en France dans la lutte contre le saturnisme ou le sida : renforcer les logiques de santé communautaire, aider le système de soins à tenir compte du profil social des patients, agir sur les effets sanitaires des discriminations.

La crise, parce qu'elle nous a fait innover et parfois constater que nos démarches sanitaires ne suffisaient pas à renverser la logique du social, doit amener à un rebond. Ce rebond, au fond, entre en résonance directe avec les mobilisations politiques et citoyennes, comme avec la revendication d'équité et de justice qui s'exprime actuellement partout dans le monde. Tout cela doit nous inspirer pour engager la transformation de la santé publique, pour la réinventer sans doute et être à la hauteur de ce que cette crise nous a appris. ■



**LES CARACTÉRISTIQUES DE CETTE ÉPIDÉMIE, SES FORMES DE TRANSMISSION, EN ONT FAIT UN AMPLIFICATEUR SUPPLÉMENTAIRE D'INÉGALITÉS**