



5 ANS APRES LA COVID, DEBUREAUCRATISER L'HÔPITAL

15 PROPOSITIONS CHOC POUR DEBUREAUCRATISER LE
MONDE DE LA SANTÉ

Par Pauline VINCENT, Analyste au Millénaire

Matthieu HOCQUE, Directeur adjoint des Études au Millénaire



AVANT-PROPOS

Cinq ans après la crise du Covid-19, **l'hôpital public français reste profondément marqué par l'épreuve qu'il a traversée**. Pendant plusieurs mois, il a tenu debout grâce à la mobilisation exceptionnelle de ses soignants, dans des conditions souvent extrêmes. Ce moment aurait pu – et aurait dû – marquer un tournant, mais au contraire. Passé l'effort collectif, les promesses de transformation ont laissé place à un retour rapide à la norme bureaucratique. Pire, **les rigidités administratives se sont souvent accrues, sous couvert de régulation, de transparence ou de pilotage**.

La crise a pourtant révélé un paradoxe fondateur : **plus l'urgence est grande, plus l'action doit être souple, décentralisée, au plus près des réalités**. Or, l'hôpital est encore trop souvent gouverné à distance, par une accumulation de normes, d'intermédiaires et de procédures. Il en résulte une perte d'agilité, une surcharge de travail inutile, une démobilisation croissante des équipes.

Ce rapport part d'un constat simple : il faut **débureaucratiser l'hôpital pour libérer les énergies, fluidifier les parcours, et replacer la décision au cœur des services**. Il ne s'agit pas de réformer encore, mais de changer de logique autour de trois chocs : **un choc de décompression des superstructures, un choc de décentralisation de la prise de décision et un choc de simplification des procédures**.

AVANT-PROPOS	2
« LE MEILLEUR SYSTEME DE SANTE AU MONDE » FACE AU COVID	4
UN SYSTEME RAPIDEMENT DEBORDE	4
LE CONFINEMENT EN FRANCE	4
L'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE	6
UN SYSTEME HOSPITALIER RAPIDEMENT DEBORDE	7
COMMENT LE SYSTEME DE SANTE A GERE LA CRISE ?	11
L'ACCUEIL ET LE TRI DE L'AFFLUX DE PATIENTS	11
L'ACTIVATION DES PLANS D'URGENCE	12
L'IMPACT SUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	14
QUELS ENSEIGNEMENTS POUR L'APRES-COVID ?	17
REHABILITER LA NOTION DE SOUVERAINETE SANITAIRE	17
REVELER LES ANGLES MORTS DU SYSTEME DE SANTE : EHPAD ET SANTE MENTALE	18
LA FILIERE MEDICO-SOCIALE, NOTAMMENT LES EHPADS	19
LA FILIERE PSYCHIATRIQUE ET LA SANTE MENTALE	20
GERER LA CONDUITE DU CHANGEMENT : VERS DES ORGANISATIONS APPRENANTES ...	22
L'APRES-COVID : 15 PROPOSITIONS POUR VAINCRE LA BUREAUCRATIE	24
État DES LIEUX DU SYSTEME HOSPITALIER EN 2024	24
L'APRES-COVID : LE TRIOMPHE DE LA BUREAUCRATIE ?	27
LA SURACTIVITE LEGISLATIVE ET REGLEMENTAIRE	27
LA BUREAUCRATISATION INTERNE A L'HOPITAL	28
LA SURADMINISTRATION DU SYSTEME DE SANTE	29
15 PROPOSITIONS POUR DEBUREAUCRATISER L'HOPITAL POUR L'APRES-COVID	32
VOLET 1 : UN CHOC DE DECOMPRESSION DES SUPERSTRUCTURES	32
VOLET 2 : UN CHOC DE DECENTRALISATION DE LA DECISION	35
VOLET 3 : UN CHOC DE SIMPLIFICATION DES PROCEDURES	37
CONCLUSION	40

« LE MEILLEUR SYSTEME DE SANTE AU MONDE » FACE AU COVID

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a bouleversé toutes nos certitudes. La première est la confiance en notre système de santé, surtout l'hôpital que les Français qualifiaient de « meilleur du monde ».

Au-delà des choix stratégiques opérés par les différents pays en termes de vaccination, de confinement, etc., la pandémie aura testé de manière égale tous les systèmes de santé européens, révélant des points faibles comme des points forts.

UN SYSTEME RAPIDEMENT DEBORDE

LE CONFINEMENT EN FRANCE

16 mars 2020, Emmanuel Macron acte le confinement de toute la France entière, en incluant les Outre-Mer. Cette disposition intervient après l'essor de la pandémie en France et des premiers décès. Rappelons le point épidémiologique du 15 mars diffusé aux Français la veille de l'allocution présidentielle où Emmanuel Macron déclare la guerre contre le virus. Ce point épidémiologique établit **167 414 cas confirmés parmi lesquels 6 507 décès (3,9 %) au 16 mars 2020 à 8h dans le monde entier**¹ avec une intensification des contaminations en Europe occidentale, et surtout **6 378 cas confirmés dont 285 (4,5 %) ont été ou sont pris en charge dans un service de réanimation et 161 (2,5 %) sont décédés, soit un doublement du nombre de nouveaux cas déclarés entre le 13 et le 15 mars 2020**².

¹ Santé publique France. COVID-19 : point épidémiologique du 15 mars 2020. Santé publique France. (15 mars 2020).

² Ibid.

Figure 1 – Nombre de décès et d'hospitalisations du Covid-19 par vague³



L'état d'urgence sanitaire est décrété. Il s'agit d'un dispositif juridique exceptionnel mis en place en France pour répondre aux crises sanitaires graves, comme celle de la Covid-19 qui permet au gouvernement de déployer des mesures spécifiques pour protéger la santé publique, tout en encadrant strictement leur mise en œuvre afin de préserver l'État de droit.

Il est crucial de rappeler que le confinement n'a de sens en termes de politiques publiques **qu'en cas de saturation des capacités hospitalières**. C'est pour éviter les files d'attente aux urgences ou la saturation des lits d'hôpitaux que le confinement est imposé à la population. Cette même logique sous-tendra la politique de vaccination qui réduit le risque médical de finir à l'hôpital.

³ Insee. *Les comptes de la nation : résultats 2020*. Insee, août 2021.

L'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE

Introduit par la loi du 23 mars 2020 et codifié aux articles L.3131-12 et suivants du Code de la santé publique⁴, l'état d'urgence sanitaire peut être déclaré par décret en Conseil des ministres lorsqu'une catastrophe sanitaire met en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population. Il est instauré pour une durée initiale d'un mois, mais toute prolongation nécessite une loi votée par le Parlement qui en fixe la durée, comme l'état d'urgence décrété en 2015 contre le terrorisme islamiste.

Ce régime confère des pouvoirs accrus à l'exécutif pour prendre des mesures immédiates et exceptionnelles. Il peut réglementer les déplacements, restreindre ou interdire la circulation des personnes et des véhicules, contrôler l'accès aux moyens de transport et les conditions de leur usage. **Il peut aussi imposer un confinement, interdire aux individus de sortir de leur domicile sauf pour des motifs essentiels**, et mettre en place des quarantaines ou des mesures d'isolement pour les personnes contaminées ou susceptibles de l'être. **D'autres mesures permettent la fermeture temporaire d'établissements recevant du public ou la régulation de leurs conditions d'ouverture.** Le Premier ministre peut également interdire les rassemblements et les réunions publiques. Il a le pouvoir de réquisitionner des biens, des services ou du personnel nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire et peut imposer un contrôle des prix sur certains produits pour éviter des tensions sur le marché. Il peut aussi prendre des décisions pour assurer la mise à disposition des médicaments nécessaires à l'éradication de la crise et limiter la liberté d'entreprendre si cela est jugé nécessaire pour freiner l'épidémie.

Afin de **conserver une proportionnalité de la restriction des libertés**, le gouvernement a l'obligation d'informer le Parlement des mesures prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, et le Parlement peut demander des informations complémentaires pour assurer son rôle de contrôle. Les décisions prises peuvent faire l'objet d'un recours devant le juge

⁴ Vie Publique. *Qu'est-ce que l'état d'urgence sanitaire ?*. Vie Publique.

administratif. Pour les mesures individuelles de quarantaine ou d'isolement prolongé, un contrôle est exercé par le juge des libertés et de la détention. Un comité de scientifiques est systématiquement constitué dès la déclaration de l'état d'urgence sanitaire. Il donnera lieu au « Gouvernement des Experts » Ce comité rend des avis publics sur les mesures mises en place et l'évolution de la situation sanitaire, garantissant ainsi un suivi indépendant et scientifique.

Le non-respect des mesures prescrites dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire est passible de sanctions progressives. Une première violation entraîne une amende de quatrième classe. En cas de récidive dans un délai de quinze jours, l'amende passe à une contravention de cinquième classe. **Si un individu commet trois infractions en moins de trente jours, il risque six mois de prison, 3 750 euros d'amende,** ainsi que des peines complémentaires comme le travail d'intérêt général ou la suspension du permis de conduire si l'infraction a été commise en utilisant un véhicule.

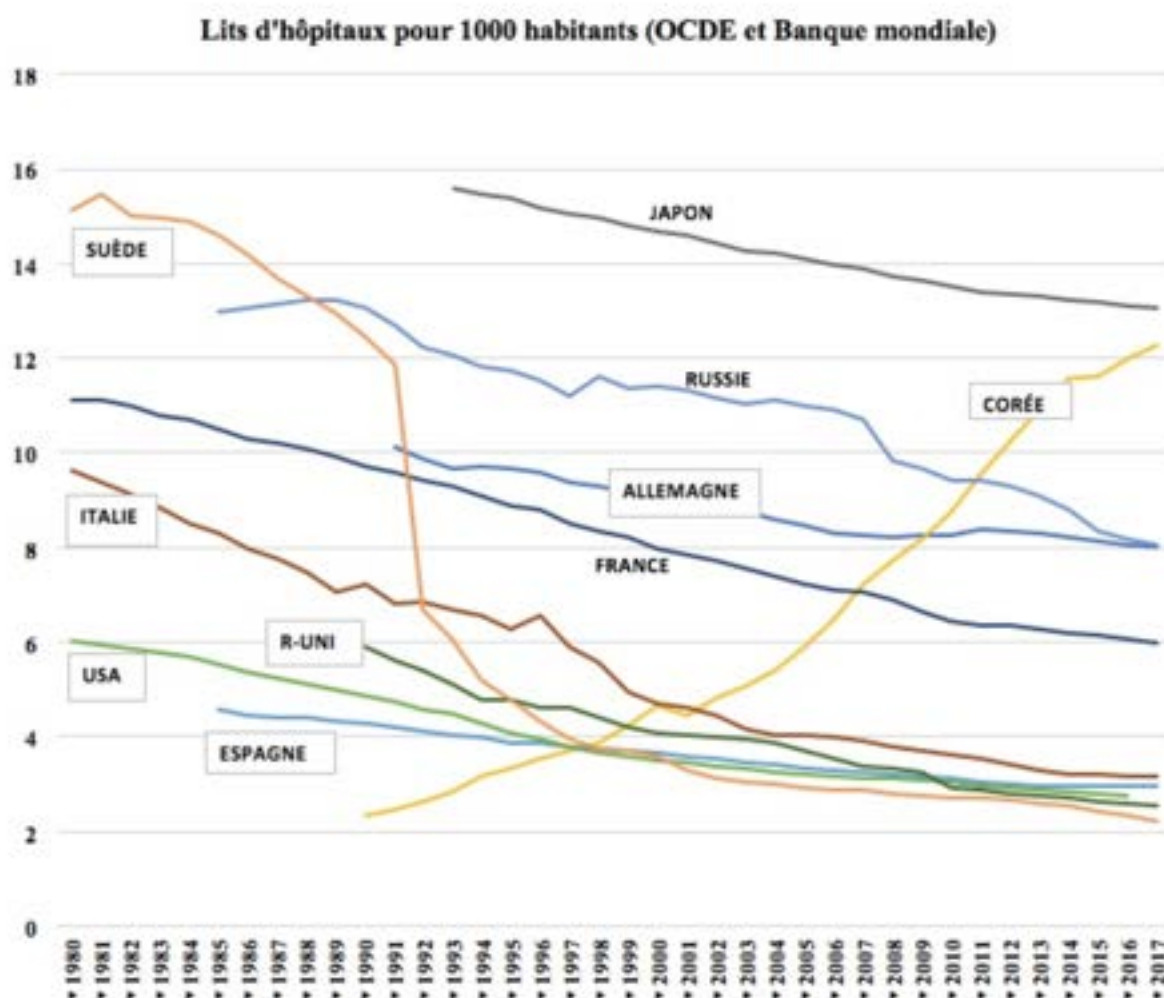
Ce dispositif a été instauré **une première fois du 24 mars 2020 au 10 juillet 2020, puis une seconde fois du 17 octobre 2020 au 1er juin 2021.** Entre ces périodes, des régimes transitoires ont été mis en place pour adapter progressivement les restrictions aux évolutions de la situation sanitaire.

UN SYSTEME HOSPITALIER RAPIDEMENT DEBORDE

Avant la crise sanitaire, la donne globale du système de santé est assez simple. **La demande de santé n'a fait que progresser depuis plus de 40 ans** eu égard au vieillissement de la population, à la prévalence des maladies en affection de longue durée et aux nouvelles maladies chroniques et **pourtant l'offre de santé a été artificiellement comprimée**, au niveau du système hospitalier par l'ONDAM dont dépendent les ressources humaines et financières, et au niveau du système de médecine de ville par le numerus clausus et le numerus apertus comprimant la démographie des professions médicales. Comme dans n'importe quel « marché », **lorsque préexiste un décalage entre l'offre et la demande, tout choc de demande conduit à une crise globale.**

Or, une pandémie est nécessairement un choc de demande puisqu'elle amène directement à l'hôpital de nouveaux patients qui n'auraient pas été présents auparavant. En effet, entre le 1^{er} mars et le 15 juin 2020, la France a enregistré plus de 100 000 hospitalisations pour Covid-19. Le pic a été atteint le 27 mars avec 3 634 nouvelles hospitalisations en une seule journée⁵. Cette augmentation soudaine a exercé une pression sans précédent sur les capacités d'accueil des hôpitaux. Étant donné qu'ils souffraient déjà d'une suractivité, ce choc de demande a submergé l'hôpital.

Figure 2 – L'évolution comparée de la densité de lits par habitant depuis 1980 (OCDE et Banque mondiale)⁶

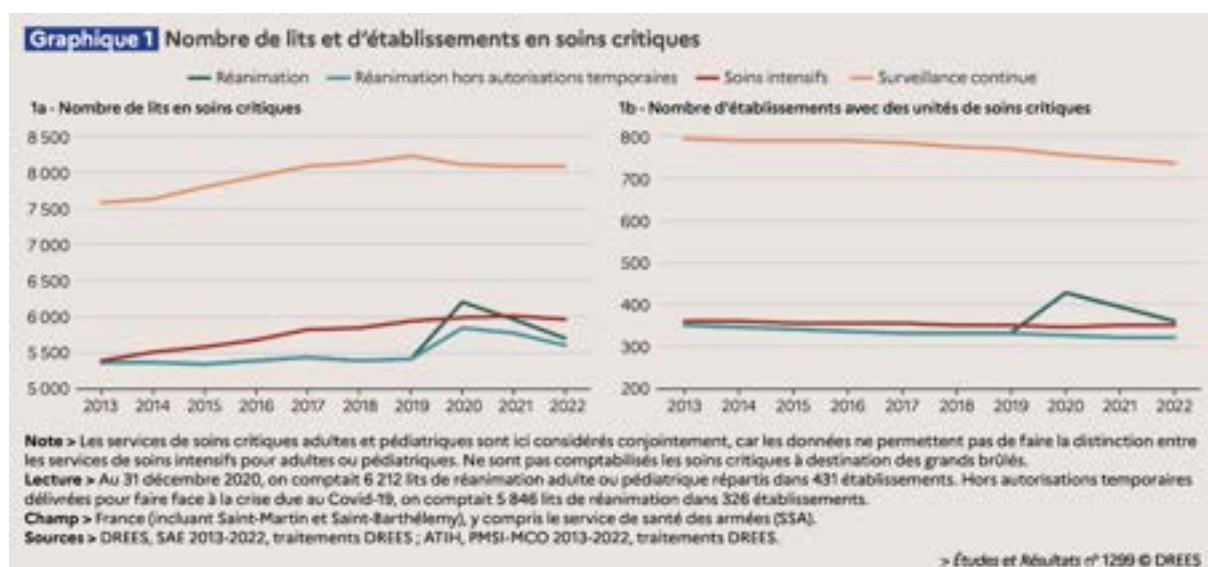


⁵ Manus JM. Qui étaient les patients de la première vague : le profil des patients hospitalisés. *Rev Francoph Lab.* 2021 Février 2021.

⁶ Gadrey, J. Le désastreux plongeon des capacités hospitalières depuis les années 1980 : comparaisons internationales. *Alternatives Économiques.* (1 avril 2020).

S'il est difficile d'établir des comparaisons pertinentes dans le secteur de la santé tant les modèles diffèrent, tous les pays occidentaux disposent d'un système hospitalier qui reste la manière la plus commune de prendre en charge les soins, notamment non-programmés (les urgences). En France, **la densité de lits d'hôpitaux est passée de près de 11 lits pour 1 000 habitants en 1980 à près de 6,0 en 2017**. Il s'agit d'une division par deux (-46 %) sur une période de près de 40 ans⁷. Cette diminution s'explique par une double dynamique : **le virage ambulatoire** – c'est-à-dire l'essor de la prise en charge en journée – et **la rationalisation de la dépense hospitalière**.

Figure 3 – L'évolution de l'offre de santé hospitalière en soins critiques (DREES)⁸



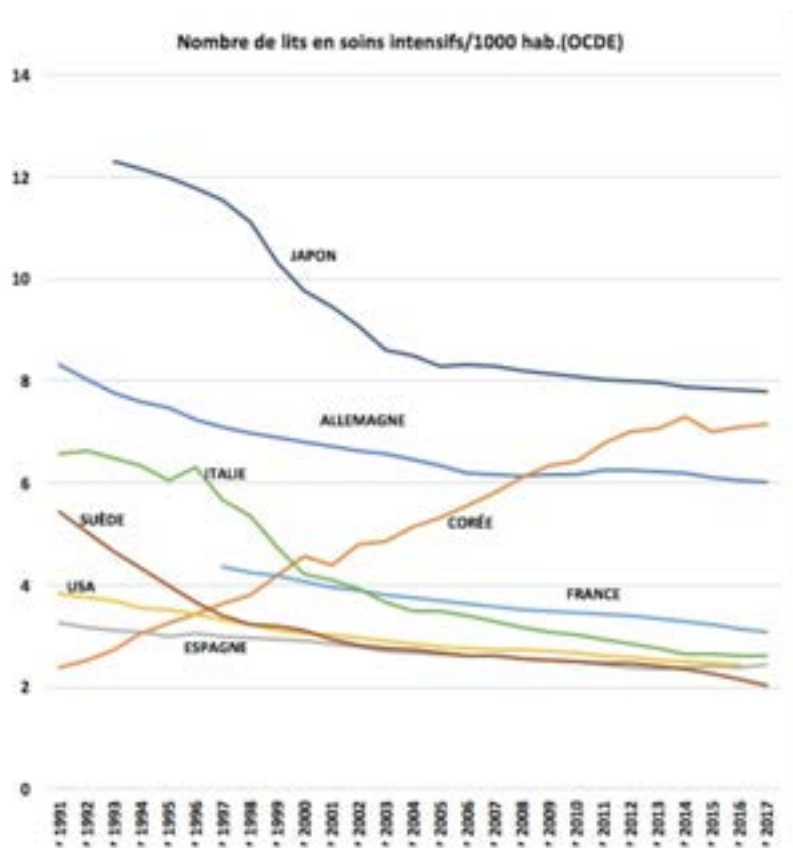
Cette tendance baissière sur les capacités hospitalières s'est retrouvée dans notre offre de soins critiques, à savoir la partie de l'hôpital comprenant les réanimations, les soins intensifs et la surveillance continue. Sur le graphique ci-dessus de la DREES, **nous observons le phénomène de rationalisation de l'offre de santé en soins critiques**. Si la France a créé près de 500 lits sur les 10 années précédant la crise sanitaire, le nombre d'établissements de soins critiques a diminué de près de 9%. Lorsque l'on met en perspective

⁷ Ibid.

⁸ DREES. *État de santé de la population en France : résultats 2023*. DREES. (mars 2024)

avec la croissance démographique, il est à noter que le nombre de lits en soins critiques pour 1 000 habitants a diminué de près de 33%⁹ comme l'indique le graphique ci-après. Or, ces lits sont essentiels pour faire face à une pandémie comme celle de la Covid.

Figure 4 - L'évolution de l'offre de santé hospitalière en soins critiques par rapport au nombre d'habitants (OCDE)¹⁰



⁹ Gadrey, J. *Le désastreux plongeon des capacités hospitalières depuis les années 1980 : comparaisons internationales*. Alternatives Économiques. (1 avril 2020).

¹⁰ Ibid.

COMMENT LE SYSTEME DE SANTE A GERE LA CRISE ?

La crise sanitaire du Covid-19 a mis à rude épreuve l'hôpital public français, particulièrement durant les premiers mois de l'épidémie en 2020. Cette période a révélé **les vulnérabilités du système hospitalier face à une pandémie d'une ampleur inégalée depuis la grippe espagnole de la fin de la Première guerre mondiale (1918-1919)**. Il est essentiel de revenir sur les premiers mois de la pandémie pour comprendre les grandes mutations qui auront des incidences sur l'avenir du système de santé français au cours des prochaines années.

L'ACCUEIL ET LE TRI DE L'AFFLUX DE PATIENTS

Le premier défi du système hospitalier est de gérer, trier et absorber un flux de patients continu tout en apprenant sur le virus. Il a fallu distinguer des schémas de parcours patients aboutissant à la constitution de **quatre grands types de parcours hospitaliers chez les patients atteints du Covid-19¹¹**.

Le plus fréquent, **représentant 74 % des cas, correspond aux hospitalisations suivies d'un retour à domicile**. Parmi ces patients, 21 % ont moins de 50 ans. L'admission se fait majoritairement en hospitalisation conventionnelle (80 %), suivie des urgences (12 %) et des soins critiques (8 %). La plupart regagnent leur domicile rapidement : 78 % sont sortis dans les 20 jours suivant leur admission, sans aucun décès enregistré dans ce groupe.

Le deuxième type de parcours concerne **les hospitalisations suivies d'un décès à l'hôpital, soit 19% des cas**. Il touche en majorité des personnes âgées (53 % ont plus de 80 ans) et des hommes (59%). L'admission s'effectue à 74 % en hospitalisation conventionnelle, 10 % via les urgences, et 15 % directement en soins critiques. La durée des séjours est généralement courte : 74 % durent moins de 14,5 jours et 8 % moins de 24 heures.

¹¹ Manus JM. Qui étaient les patients de la première vague : le profil des patients hospitalisés. *Rev Francoph Lab.* 2021 Février 2021.

Le troisième parcours, plus rare, concerne **les hospitalisations suivies d'un séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR), représentant 5 % des cas**. Il touche des patients âgés (58% de +80 ans). L'admission s'effectue à 82 % en hospitalisation conventionnelle, 3 % via les soins critiques et 7 % directement en SSR. Trois mois après l'admission, 74 % des patients sont retournés à domicile, 25 % sont encore en SSR, et 1 % sont décédés.

Enfin, **les longs séjours en soins critiques ne représentent que 2 % des parcours**. Ils concernent principalement des hommes (75 %) âgés de 50 à 80 ans (84 %). L'entrée se fait dans 53 % des cas directement en soins critiques, 34 % en hospitalisation conventionnelle et 12 % via les urgences. Au bout de 90 jours, 51 % des patients sont rentrés à domicile, 44 % sont toujours hospitalisés, et 4 % sont décédés.

L'ACTIVATION DES PLANS D'URGENCE

Le plan Blanc est un dispositif prévu par le Code de la santé publique (article L.3131-9) permettant aux établissements de santé **de mobiliser rapidement des ressources humaines, matérielles et logistiques en cas d'afflux massif de patients ou de situation sanitaire exceptionnelle telle que peut être une pandémie**¹². Il implique notamment la réorganisation des services, la déprogrammation des activités non urgentes et le rappel du personnel.

Dès l'apparition de l'épidémie de Covid-19, **le plan Blanc a été activé à plusieurs reprises, mais surtout a été repensé et adapté selon les contextes locaux**. Par exemple, le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers a actualisé son plan Blanc en juin 2020 et l'a testé lors d'exercices réguliers, intégrés dans le plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Toutefois, la direction du CHU de Poitiers a estimé que la crise sanitaire ne répondait pas aux critères habituels du plan Blanc, celui-ci étant généralement destiné à des afflux massifs de victimes sur un temps très court (telle qu'un attentat ou une

¹² Ministère de la Santé. *Plan blanc - Plan de préparation et de gestion des crises sanitaires*. Ministère de la Santé. (2006).

catastrophe naturelle/industrielle), alors que la pandémie nécessitait une mobilisation sur le moyen terme avec un afflux régulier de patients. L'activation du plan Blanc a également été observée au Centre hospitalier de Saint-Denis (CHSD), qui a activé son plan Blanc interne le 12 mars 2020, **en réponse à l'activation du niveau 2 du plan Blanc à l'échelle nationale**. Cette activation a permis au CHSD de mettre en place des mesures organisationnelles pour la prise en charge des patients Covid-19, notamment la création d'unités dédiées et la coopération avec d'autres établissements.

Au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, **la cellule de crise prévue dans le plan Blanc a été activée dès le 24 janvier 2020**. Cette cellule, pilotée par le directeur général, s'est réunie quotidiennement jusqu'à fin avril, puis une à trois fois par semaine à partir du 11 mai, date de la première étape du déconfinement. La composition de la cellule de crise a évolué en fonction du contexte sanitaire, incluant des experts médicaux et administratifs du CHU, ainsi que des représentants de l'Agence régionale de santé (ARS) et de Santé publique France (SPF).

5 ans après la crise sanitaire, si l'on doit formuler un bilan sur l'activation du plan Blanc, il est possible de distinguer 3 points positifs et 2 points noirs. Sur les aspects positifs :

- **Le plan Blanc a permis une montée en charge rapide** (en moins de 3 jours jusqu'à une semaine selon les établissements de santé) de nos capacités hospitalières grâce à la **déprogrammation des soins non urgents**, le **rappel de personnel**, et la **reconversion de lits** (1) ;
- **Le plan Blanc a permis d'outrepasser la paralysie de la gouvernance que l'on connaît à l'hôpital** (2) entre l'administration incarnée par le directeur de l'hôpital et le médical incarnée par le président de la commission médicale grâce à la constitution de cellule de crise centralisée sous autorité directe du binôme qui agit face à la crise ;
- **Le plan Blanc laisse une marge de manœuvre importante aux établissements** (3) **les permettant de s'adapter à la virulence locale**

du virus (modérée dans les régions Ouest, importante dans les régions Grands-Est et Île de France).

Seulement, deux paramètres viennent noircir ce tableau de l'activation du plan Blanc dans nos hôpitaux lors de la crise sanitaire.

- ❑ **Le plan Blanc n'est pas un outil de gestion de crise sanitaire** (mais plutôt de gestion de crises type terrorisme, catastrophes naturelles ou industrielles), révélant une aberration folle : **la France ne disposait pas de plan de gestion de pandémie dans l'urgence !**
- ❑ **Les ARS censées coordonner la réponse hospitalière n'ont pas été satisfaisantes** notamment dans les premières semaines de la crise créant des injonctions contradictoires auprès des établissements et alourdissant la réponse sanitaire. Des transferts de patients ont dû être organisés à la dernière minute, faute d'anticipation ou d'outils de pilotage partagés en temps réel.

L'IMPACT SUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

La pandémie de Covid-19 a bouleversé l'organisation du système hospitalier français et donc les conditions de travail des professionnels de santé puisque nous avons assisté à un report de soins et un afflux des patients Covid.

Selon une étude de la DREES publiée en juillet 2022, l'année 2020 marque **une rupture nette dans les dynamiques d'activité des établissements de santé, toutes catégories confondues**¹³. Sous l'effet des vagues épidémiques successives, de la saturation des soins critiques et des déprogrammations massives, l'hôpital a dû redéfinir ses priorités, en concentrant ses ressources sur la prise en charge des patients Covid.

L'activité globale des établissements de santé a connu une chute historique. Dans le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) (soit l'activité traditionnelle d'un hôpital), **l'activité a reculé de 14 % par rapport à 2019**¹⁴.

¹³ DREES. *L'état de santé de la population en France : résultats 2021*. DREES. (juillet 2022)

¹⁴ Ibid.

Les hôpitaux publics, en première ligne face à l'épidémie, ont vu leur activité baisser de 20 %, contre seulement 6 % dans les cliniques privées lucratives. **Cette différence s'explique en partie par la répartition des patients Covid – 77 % d'entre eux ont été hospitalisés dans le public –** et par la réorientation des ressources vers la gestion de crise, au détriment des soins programmés. En effet, la crise sanitaire a véritablement mis le secteur public hospitalier en première ligne par rapport au système hospitalier privé que sont les cliniques.

Les hospitalisations liées au Covid-19 ont représenté 6 % des séjours en MCO sur l'ensemble de l'année, mais leur poids réel a été bien plus important lors des pics¹⁵. Les services de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ont été en tension extrême. Dans les hôpitaux publics, le nombre de séjours en soins critiques a bondi de 26 %, et la durée moyenne de séjour s'est allongée, en raison de la gravité des formes prises par le virus chez certains patients. En parallèle, **les urgences ont enregistré une baisse significative de fréquentation : -17 % de passages par rapport à 2019¹⁶.** Ce recul est attribué à la fois au confinement, à la réduction de la mobilité, et à la crainte des usagers de se rendre à l'hôpital.

Si l'hôpital a tenu, **c'est en grande partie grâce à l'engagement exceptionnel des professionnels de santé.** La crise a entraîné une mobilisation sans précédent : **rappels sur les jours de repos, heures supplémentaires, modification des plannings, redéploiement dans des services en tension.** Le personnel a dû s'adapter dans l'urgence, parfois en dehors de ses champs de compétence habituels, comme les infirmiers ou aides-soignants affectés en réanimation sans formation préalable. À cela **s'est ajoutée une forte charge émotionnelle**, entre angoisse liée au virus, décès fréquents, et sentiment d'impuissance face à la saturation.

Les conséquences psychosociales n'ont pas tardé à se faire sentir. De nombreuses enquêtes, dont une de la DARES, ont mis en évidence une

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

dégradation du moral des soignants dès 2020 : **troubles du sommeil, épuisement professionnel, arrêts maladie en hausse, tensions internes accrues**. Si le Ségur de la santé, lancé à l'été 2020, a permis des revalorisations salariales (40 milliards d'euros introduisant notamment une **revalorisation de 180€ nets mensuels pour tout le personnel hors médecins**), il n'a pas réglé les causes profondes du mal-être des soignants voire en a amplifié les causes.

QUELS ENSEIGNEMENTS POUR L'APRES-COVID ?

REHABILITER LA NOTION DE SOUVERAINETE SANITAIRE

La crise sanitaire est porteuse d'enseignements pour notre système de santé. Notre système de santé est fondé sur trois principes : **les principes du services publics** (égalité, neutralité, accessibilité) (1), le **principe de « gratuité »** au sens où le reste à charge pour le patient est minimal (2) et le **principe d'universalité** (générosité à l'égard de nationaux mais aussi des étrangers) (3). Or, nous observons que **le principe de souveraineté** ne soutend pas le système hospitalier français.

La **souveraineté sanitaire** désigne la capacité d'un pays à garantir, par ses propres moyens, la protection de la santé de sa population. Cela implique le contrôle des **ressources stratégiques** (médicaments, équipements médicaux, infrastructures), la **maîtrise des chaînes d'approvisionnement**, l'**autonomie en production de vaccins**, mais aussi une capacité nationale de **pilotage, de décision et d'organisation du système de santé**, sans dépendance excessive à des acteurs extérieurs (pays étrangers, multinationales, etc.).

Or, la crise sanitaire a démontré que la France était vulnérable pour assurer la santé des Français alors même qu'il s'agisse de l'une des plus importantes de leurs préoccupations. Sans parler des importations de médicaments, **la dépendance des hôpitaux dans leurs fournitures hospitalières ou de dispositifs médicaux à des fournisseurs étrangères est une catastrophe pour notre pays.**

Sur les médicaments, par exemple, **la France important 5 milliards d'euros de médicaments en 2000 contre 25 milliards d'euros de médicaments en**

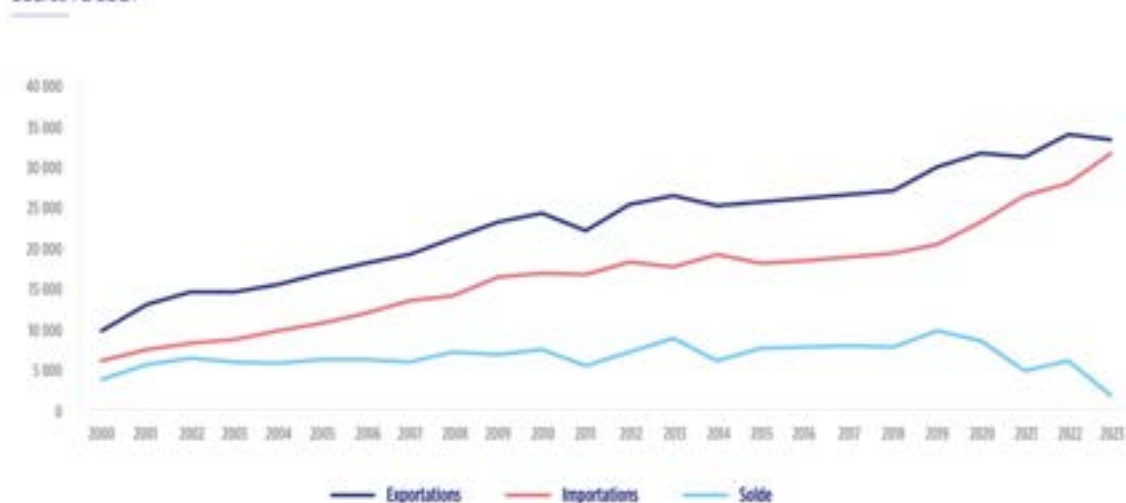
2020 au début de la crise sanitaire, soit une multiplication par 5 !¹⁷ Pire, alors que la crise sanitaire doit nous faire réhabiliter la notion de souveraineté sanitaire, les importations de médicaments ont poursuivi leur trajectoire haussière s'établissant désormais à **30 milliards d'euros en 2024**.

Figure 5 – Évolution du solde commercial des médicaments dans la balance commerciale française depuis 2000 (DGDDI)¹⁸

12. ÉVOLUTION DU COMMERCE EXTÉRIEUR FRANÇAIS DE MÉDICAMENTS

(en millions d'euros)

Source : DGDDI



REVELER LES ANGLES MORTS DU SYSTEME DE SANTE : EHPAD ET SANTE MENTALE

Second enseignement, la crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19 a mis en lumière deux grands angles morts de notre système de santé. Deux parents pauvres qui ont été particulièrement négligés par les pouvoirs publics depuis une quarantaine d'années : **le médico-social et particulièrement les Ehpads et la santé mentale**.

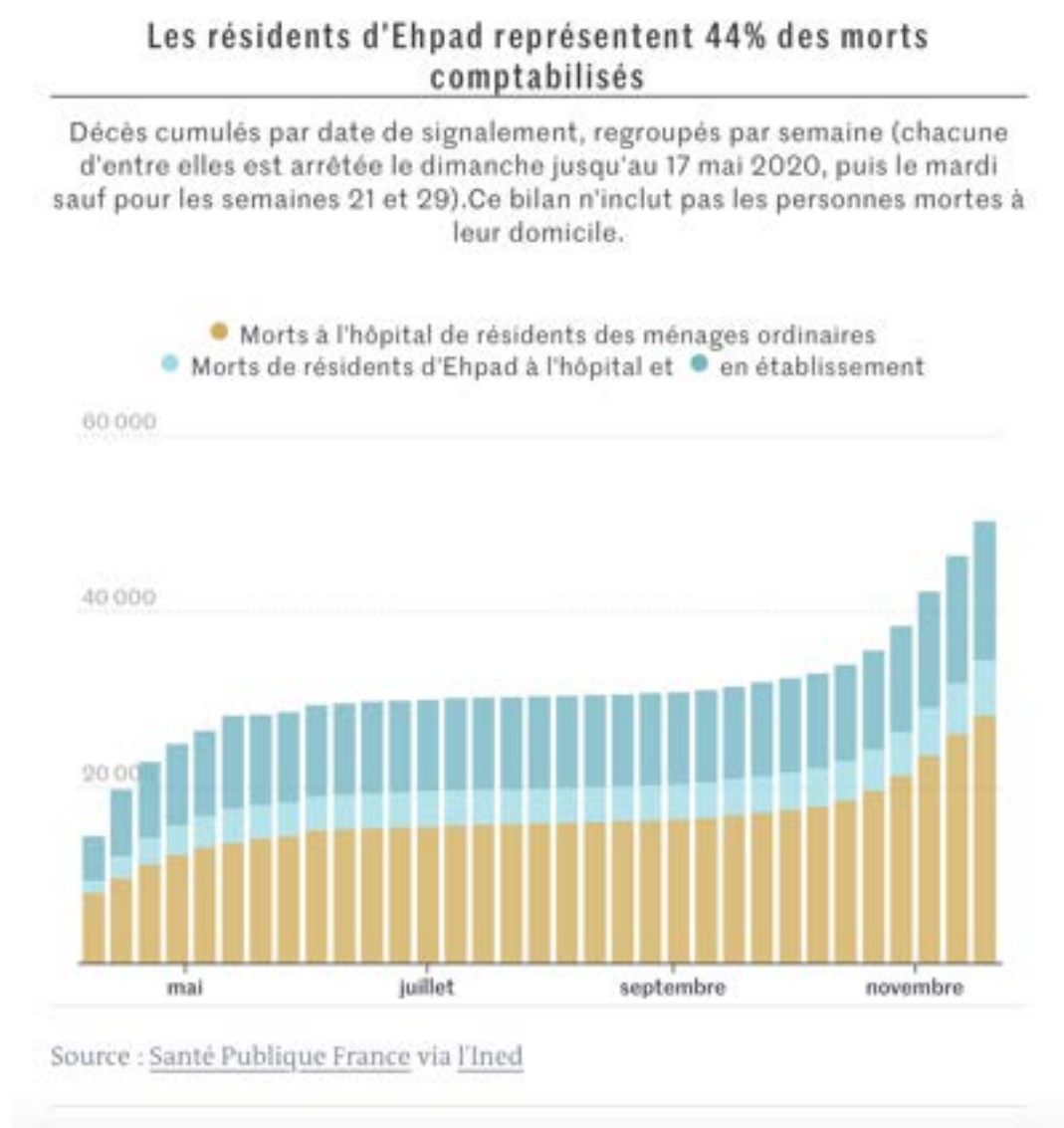
¹⁷ Leem. *Le commerce extérieur de médicaments*. Leem. 2024.

¹⁸ Ibid.

LA FILIERE MEDICO-SOCIALE, NOTAMMENT LES EHPADS

Sur le premier pan, le virus est plus mortel pour les seniors (+80 ans). En effet, comme nous l'avons vu précédemment, **les hospitalisations suivies d'un décès à l'hôpital, soit 19% des cas**, touchent en majorité des personnes âgées (53 % ont plus de 80 ans)¹⁹.

Figure 6 – Répartition des « décès Covid » par lieu de décès sur l'année 2020²⁰



¹⁹ Manus JM. Qui étaient les patients de la première vague : le profil des patients hospitalisés. *Rev Francoph Lab.* 2021 Février 2021.

²⁰ Ibid.

A la fin de l'année 2020, 44% des décès liés au Covid l'ont été dans les Ehpad²¹. La mortalité affolante dans les Ehpad a permis de mettre en lumière les problématiques liées aux Ehpad, trop longtemps délaissés, au point qu'ils intègrent au cours des négociations le périmètre du Ségur de la Santé pour bénéficier de crédits liés aux revalorisations salariales, aux modernisations des infrastructures et enfin à la numérisation.

LA FILIERE PSYCHIATRIQUE ET LA SANTE MENTALE

Autre parent pauvre oublié de la santé, la santé mentale. **En 1970, la France compte près de 120 000 lits de psychiatrie contre près de 50 000 désormais²².** Les réponses à la crise sanitaire telles que les confinements ayant engendré de graves troubles psychiatriques et psychologiques, notamment chez les jeunes, la crise sanitaire a pu mettre en lumière nos errements sur cette discipline.

La crise sanitaire est sans équivoque l'événement le plus traumatisant de la population depuis la Seconde guerre mondiale créant un souvenir collectif mais dont les ressentis individuels dépendent énormément de l'âge, du lieu d'habitation ou encore de l'origine sociale de chacun. Le **rapport d'information n° 304 du Sénat**, publié en décembre 2021, analyse en profondeur l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale des Français²³.

La pandémie a engendré une augmentation significative des états anxieux et dépressifs. **En octobre 2020, la prévalence des troubles anxieux a atteint 27%**, soit une hausse de 10 points par rapport à 2017, **tandis que les états dépressifs ont concerné 10% de la population**, soit une augmentation de 5 points. De même, la question du suicide a également été soulevée. Bien que le nombre de suicides soit resté stable en 2020, **les pensées suicidaires**

²¹ Les Décodeurs. *Les résidents d'Ehpad représentent 44 % des morts du Covid-19. Le Monde.* (3 décembre 2020).

²² Conseil d'État. *Le Conseil d'État vire sa jurisprudence : les décisions d'admission en SDT doivent être écrites et motivées. CRPA - Psychiatre.* (13 novembre 2013).

²³ Sénat. *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les finances publiques et la relance post-COVID. Sénat.* (2021).

ont progressé, passant de 3,8% en 2017 à 10,5% en 2020. Parallèlement, la consommation de médicaments psychotropes a explosé. Entre mars et octobre 2020, **les délivrances d'anxiolytiques ont augmenté de 1,1 million de boîtes par rapport à la même période de 2019, et les antidépresseurs ont connu une hausse de 480 000 unités.**

Les effets de la crise sanitaire se sont révélés particulièrement marqués chez certaines catégories de la population. Les jeunes adultes, en particulier les 18-24 ans, ont été les plus affectés, avec **une prévalence des états dépressifs atteignant 22 % en octobre 2020.** Les femmes ont été plus vulnérables, 15 % d'entre elles présentant des symptômes dépressifs, contre 8 % des hommes. Les personnes en situation de précarité ont payé un lourd tribut. En octobre 2020, **30 % des demandeurs d'emploi ont souffert d'anxiété contre 23 % des actifs occupés.** Les soignants, en première ligne face à la pandémie, ont aussi subi des conséquences psychologiques majeures. Une étude a révélé que **50% des professionnels de santé présentaient des symptômes anxieux et 30% des symptômes dépressifs au cours de la première vague.**

Le rapport insiste sur **la nécessité de développer la recherche pour mieux comprendre les effets de la pandémie sur la santé mentale et anticiper le futur.** Or, il apparaît également que la prise en compte des enjeux psychiques par les pouvoirs publics a été tardive. Les premières restrictions, notamment la fermeture des espaces verts et les confinements stricts, n'ont pas tenu compte de l'impact sur la santé mentale. Ce n'est qu'au 16 mars 2020 qu'une cellule de crise dédiée a été mise en place au sein de la direction générale de l'offre de soins. **Les campagnes de sensibilisation sur la santé mentale n'ont émergé que plusieurs semaines après le début du premier confinement,** illustrant un décalage entre la réponse gouvernementale et les besoins de la population.

Les services de santé mentale ont dû s'adapter rapidement à l'urgence sanitaire. Les consultations à distance se sont généralisées, permettant d'assurer une continuité des soins malgré les contraintes sanitaires.

Toutefois, l'accès aux soins en psychiatrie est resté inégal selon les territoires, révélant des disparités préoccupantes. Le rapport souligne également des inquiétudes quant au respect des droits des patients en psychiatrie. Les restrictions de visites et les mesures d'isolement ont parfois été perçues comme excessives, suscitant des interrogations sur l'équilibre entre protection sanitaire et respect des libertés individuelles.

La crise sanitaire a révélé et amplifié des difficultés structurelles du système de santé mentale en France avec une offre de soins inadaptée.

GERER LA CONDUITE DU CHANGEMENT : VERS DES ORGANISATIONS APPRENANTES

La crise sanitaire peut nous donner un autre enseignement au secteur hospitalier : **comment faire évoluer une organisation en apprenant à gérer une crise**. Si l'hôpital est souvent décrié comme une administration lourde et bureaucratisée à raison, **la crise sanitaire peut nous offrir une méthode pour penser différemment en actant la fin de la bureaucratie étouffante**.

L'hôpital français est souvent perçu comme une institution rigide, soumise à des protocoles stricts et à une hiérarchie complexe. Pourtant, dans un monde en constante évolution, marqué par des crises sanitaires de plus en plus fréquentes, l'hôpital doit évoluer pour être plus réactif, et surtout, plus résilient au même titre que l'ont été les soignants. **Il est impossible de demander toujours plus aux soignants en termes de résilience sans l'imposer aux structures.**

Le modèle de l'organisation apprenante, qui favorise une évolution continue fondée sur **l'expérience et la réflexion collective**, a été pour la première fois observée dans le milieu de la santé lors de la crise sanitaire. Ce modèle a permis d'innover face au virus en permettant non seulement d'améliorer les processus internes en fonction des retours du terrain, mais aussi de donner davantage de liberté et de responsabilité aux professionnels de santé, qui sont les premiers acteurs de ce changement.

La théorie des organisations apprenantes a été développée par des chercheurs comme Chris Argyris et Donald Schön dans les années 1970. Ils ont distingué deux types d'apprentissage²⁴ : **l'apprentissage de type 1**, qui consiste à résoudre les problèmes en corrigeant les erreurs sans remettre en question les processus sous-jacents, et **l'apprentissage de type 2**, qui consiste à revisiter les processus, à revoir les hypothèses et à adapter les pratiques de manière plus systémique et durable. **Dans le contexte hospitalier, l'apprentissage de type 2 est crucial.** Il s'agit de remettre en question **les processus de gestion, les pratiques médicales et les protocoles organisationnels non seulement après une crise, mais de manière régulière, pour s'assurer que l'hôpital fonctionne de manière plus fluide et réactive.**

L'organisation apprenante repose sur la capacité d'une institution à apprendre de ses erreurs et à intégrer cet apprentissage dans ses processus de décision et d'action. Ce modèle se distingue par son approche non seulement orientée vers la résolution de problèmes immédiats, mais aussi par une réflexion continue sur les pratiques, les méthodes et les stratégies à adopter pour améliorer l'efficacité à long terme. A cet égard, **il se distingue de la bureaucratie qui elle ne gère que les problèmes avec des méthodes « robustes » et « éprouvées ».**

Seulement, ce modèle présente des limites appliqué au cas français. Tout d'abord, **il existe une résistance au changement, souvent liée à la charge de travail et à la pression du secteur (1).** De plus, **la hiérarchie hospitalière, bien que nécessaire à la gestion d'une telle institution, peut freiner l'autonomie des équipes (2).** Une réelle évolution vers une organisation apprenante nécessite de repenser ces structures au profit de la voix des soignants sur le terrain est écoutée et intégrée dans les grandes décisions. Enfin, la question du **financement et des ressources humaines reste un obstacle majeur (3).**

²⁴ Argyris, C., & Schön, D. A. *L'organisation apprenante : théorie, méthode et pratique.* Éditions Organisation, (1996).

L'APRES-COVID : 15 PROPOSITIONS POUR VAINCRE LA BUREAUCRATIE

ÉTAT DES LIEUX DU SYSTEME HOSPITALIER EN 2024

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, **ils sont soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique**, qui précise que leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial, qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'ARS dans les autres cas.

Trois grands types d'hôpitaux publics sont à distinguer :

- **les centres hospitaliers**, qui ont **une vocation régionale** liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret, sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent également les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP) ; – lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, **ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU)**. Aujourd'hui, 30 des 32 CHR sont des CHU. Ce sont des centres de soins où sont organisés dans le respect des malades, les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1 du CSP) ;

- Les **autres hôpitaux** qui n'ont pas le statut de CHR (ni donc de CHU) sont dénommés simplement **centres hospitaliers** (CH). Ils ont une portée plutôt départementale ou infra-départementale, l'on parle d'hôpitaux de proximité concentrant souvent un service d'urgence ainsi qu'un service maternité pour permettre aux Français des territoires ruraux ou périphériques de leur offrir une réponse à leurs urgences.
- Les établissements publics de santé peuvent, par ailleurs, créer une ou plusieurs **fondations hospitalières dotées de la personnalité morale**, pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir à certaines activités de recherche (article L. 6141-7-3 du CSP). Ces fondations disposent de l'autonomie financière et sont soumises aux mêmes règles que les fondations d'utilité publique.

Le secteur hospitalier français compte 2 976 établissements de santé au 31 décembre 2022 en France dont 1 338 hôpitaux publics répartis sur le territoire. Il s'agit de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (comptées en place). **Le secteur public se divise en 185 centres hospitaliers régionaux (CHR), 932 centres hospitaliers, 92 centres hospitaliers spécialisées en psychiatrie (CHS) et 129 établissements dits « autres » étant majoritairement des centres de soins de longue durée (SLD).** Parmi les CHR, il existe 33 centres hospitaliers universitaires (CHU). Les effectifs en nombre de lits sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Figure 7 – Cartographie de l'offre hospitalière publique en France (DREES)²⁵
Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement au 31 décembre 2013 et 2022

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2022	2013	2022	2013	2022
Secteur public	1 420	1 338	256 934	228 687	39 485	44 614
CHR/CHU	183	185	73 636	65 868	9 270	11 647
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	733	134 734	125 854	15 258	19 019
CH, anciens hôpitaux locaux	261	199	10 661	8 819	160	124
CH spécialisés en psychiatrie	98	92	25 873	20 036	14 363	13 398
Autres établissements publics	158	129	12 030	8 110	434	426

En comparatif, **il existe 980 cliniques privées et 658 établissements privés à but non lucratifs dont 20 centres de lutte contre le cancer, 348 établissements de soins de suite et de réadaptation et 290 autres établissements privés à but non lucratifs**. Selon les départements, l'offre est variable, par exemple Mayotte, l'Ariège, la Lozère et l'Aveyron n'ont pas de clinique privée.

Le secteur public offre donc 60% des lits et des places. **L'activité d'urgences hospitalière est majoritairement pratiquée par le secteur public (77%)** accompagné de 100 services d'aide médicale urgente (SAMU) et 404 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades graves (99% public). 18 % des services d'urgences dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 5 % du secteur privé à but non lucratif.

Il existe 464 maternités soit 14 400 lits avec 167 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 143 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 87 de type 2b (possédant les deux types de services précédents et un service de soins intensifs néonataux) et 67 de type 3 (possédant les trois types de services précédents ainsi qu'un service de réanimation néonatale). 68 % des maternités de type 1 sont quant

à elles publiques ou privées à but non lucratif, 78 % des maternités de types 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3 sont publiques.

Au 31 décembre 2022, la France compte 19 700 lits (29.1 lits pour 100 000 habitants) en soins critiques dont 5 700 lits en réanimation, 8 700 lits de surveillance continue et presque 6 000 lits de soins intensifs. Ces derniers se répartissent en trois types d'unités, graduées et coordonnées entre elles au niveau régional. Elles sont définies à partir de la gravité de l'état de santé des patients pris en charge.

L'APRES-COVID : LE TRIOMPHE DE LA BUREAUCRATIE ?

LA SURACTIVITE LEGISLATIVE ET REGLEMENTAIRE

Le secteur de la santé est l'un des champions de la « réforme » et de la suractivité législative et réglementaire. En effet, **depuis l'an 2000, le Code de la santé publique a été révisé 84 fois par une loi ou une ordonnance, soit près d'une fois par trimestre !**

Alors que nul n'est censé ignorer la loi, lorsque celle-ci change tout le temps, ce vieil adage devient impossible. Ainsi, ces changements incessants ont engendré un **climat d'incertitude et d'instabilité chronique** pour les acteurs de terrain – en particulier les professionnels de santé, les cadres hospitaliers, les directions d'établissement, et même les agences régionales de santé (ARS). Chaque réforme entraîne **une redéfinition des missions, des périmètres de compétence ou des hiérarchies administratives**. Citons plusieurs exemples :

- Les ARS ont remplacé les anciennes structures sanitaires en 2009 (loi HPST), redéfinissant les rapports entre le centre et les territoires.
- Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été imposés en 2016, modifiant la gouvernance hospitalière.
- Les rôles des ordres professionnels, des agences nationales, ou encore des collectivités locales sont régulièrement réinterprétés ou déplacés.

LA BUREAUCRATISATION INTERNE A L'HOPITAL

Fin 2022, **le personnel non médical salarié, soignant ou non, représente plus de 1,1 million de postes salariés dans les établissements de santé.** Près des 3 sur 4 d'entre eux se trouvent dans des établissements publics et près de 6 sur 10 sont occupés par des titulaires ou des stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Le personnel non médical non soignant salarié représente 365 000 postes répartis entre les postes administratifs (43%), les postes techniques (34%), les postes médico techniques (17%) et le personnel éducatif et social (6%). Parmi l'ensemble des postes de personnel non médical non soignant, 75 % se trouvent dans les hôpitaux publics et 11 % dans les cliniques privées¹. Les postes techniques et médico-techniques sont très concentrés dans les établissements publics (81 %).

Les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent, surtout pour le personnel non soignant et le personnel médical. Cette hausse est principalement le fait du personnel non soignant, **dont les effectifs progressent à la fois dans la filière administrative (+2 900 salariés, soit +2,7 %) et parmi les « autres personnels non soignants » (+2 500 salariés, soit +1,5 %).** Mais la progression régulière des effectifs salariés de personnel médical du secteur hospitalier public se poursuit également avec 2 700 salariés supplémentaires en 2021 (soit +1,9 %, après +2,8 % en 2020). Elle est notamment portée par les internes (+1 600 salariés, soit +4,6 %), en lien avec la transformation des *numerus clausus* en *numerus apertus* à partir de la rentrée 2021, et par les médecins (+1 000 salariés, soit +1,1 %). En 2021-2022, la filière administrative a augmenté de + 4.5% contre 0.9% pour les médecins

Pour les SSR, **le personnel non médical est majoritairement soignant.** Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements de SSR est en moyenne de 1 ETP par lit ou place : 0,4 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes,

ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnels (personnel administratif, technique et médico-technique, personnel éducatif, psychologues, assistants de service social) [tableau 1]. Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les cliniques privées (0,2). Le personnel médical est nettement moins nombreux (0,04 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements) et compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et de réadaptation ainsi que des gériatres

LA SURADMINISTRATION DU SYSTEME DE SANTE

Déclinant dans les classements de qualité de soins depuis 2006, **la France souffre d'un système de santé très encadré sans réel management alors que nous disposons de tous les atouts (professionnels de santé et recherche médicale)**. Les multiples agences d'État participent à ce carcan.

Il en existe une trentaine dans le monde de la santé ! Les plus connues sont les agences régionales de santé (ARS). Elles ont été créées dans un souci de simplification, l'objectif étant pour le gouvernement, de disposer dans chaque région d'un représentant unique sur un large périmètre d'intervention sanitaire, et pour les différents intervenants de disposer d'un interlocuteur unique.

Il existe une redondance de ses missions avec d'autres agences. Par exemple, les **ARS** ne sont pas les seules chargées de la veille sanitaire et de la santé publique. La direction générale de la Santé (DGS) a pour mission de protéger les Français des menaces sanitaires. La Haute Autorité de santé (HAS) définit des recommandations de santé publique. Santé publique France assure une observation et une surveillance épidémiologique pour dresser l'état de santé de la population. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale possède aussi des thématiques de recherche en santé publique. Autre exemple à cette longue liste de redondances, **l'Anap** (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), la **HAS** (Haute Autorité de santé) et **l'Anesm** (Agence

nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) ont la charge de faire des recommandations sans distinction entre leurs compétences. Et malgré l'abondance des agences et des commissions du ministère de la Santé, **nos indicateurs sanitaires ne sont pas à la hauteur dû à un défaut de prévention et une qualité des soins discutable avec un quart des soins peu pertinents.**

Pour donner un aperçu, voici **la liste des agences pour la santé** :

- ❑ Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)
- ❑ Agence de la biomédecine
- ❑ Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (ARIPA)
- ❑ Agence du numérique en santé (ANS)
- ❑ Agence française de l'adoption (AFA)
- ❑ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
- ❑ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
- ❑ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
- ❑ Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
- ❑ Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)
- ❑ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- ❑ Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
- ❑ Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP)
- ❑ Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)
- ❑ Conseil national de la certification périodique
- ❑ Comité de contrôle et de liaison covid-19
- ❑ Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)
- ❑ Centre national de gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
- ❑ Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

- Établissement français du sang (EFS)
- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)
- Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU)
- Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
- France Enfance Protégée
- Haut Conseil des professions paramédicales
- Haut Conseil de la santé publique
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
- Institut national du cancer
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)
- Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)
- Observatoire national du suicide (ONS)
- Santé publique France
- Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)
- Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
- Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)
- Institut national d'études démographiques (INED)

Pendant la crise, la plupart de ces agences ont été fortement mobilisées.

Si leur travail a été parfois salutaire, invitant à repenser notre système de santé, d'autres fois, elle a été source d'injonctions contradictoires ou de guerre de périmètres. La difficulté de l'après-crise sanitaire est que nous assistons à un triomphe de la bureaucratie au sens où son périmètre s'est, de façon justifiée lors de la crise, étendu au détriment du terrain, mais dont les aspects positifs aujourd'hui questionnent.

La crise sanitaire n'aura donc pas permis de faire émerger une nouvelle vision de l'État en santé, mais au contraire d'accentuer nos faiblesses sans nécessairement maximiser nos forces.

15 PROPOSITIONS POUR DEBUREAUCRATISER L'HOPITAL POUR L'APRES-COVID

Comme nous l'avons identifié dans notre rapport, la bureaucratisation de l'hôpital a pour conséquence trois verrous : **la prégnance des superstructures**, productrices de normes et d'injonctions aux établissements de santé (1), **une prise de décision éloignée du terrain** (2) et enfin un agglomérat de procédures en tout genre (3).

Débureaucratiser l'hôpital comporte d'agir sur ces trois verrous en les levant par l'intermédiaire d'un triple choc : **un choc de décompression, un choc de décentralisation et un choc de simplification**. L'objet de ce plan est de lever toutes les contraintes pesant sur l'hôpital pour que les soignants puissent retrouver de la liberté et donc du sens à leur métier, à savoir : **soigner et prendre soin du patient**.

VOLET 1 : UN CHOC DE DECOMPRESSION DES SUPERSTRUCTURES

Les superstructures relèvent de deux ordres : **l'organisation territoriale de la politique de santé** d'une part et **l'organisation et l'encadrement des activités liées à l'hôpital par les agences et autres autorités administratives indépendantes**.

Proposition 1 : **Supprimer les ARS**

La création des agences régionales de santé (ARS) a modifié la vision de la santé au profit d'une vision administrative et comptable de la santé et de l'hôpital. Ainsi, sur le plan financier, les moyens financiers des urgences sont systématiquement contraints, alors que l'Objectif de dépense de l'Assurance maladie est régulièrement dépassé pour les « soins de ville ». Les ARS sont instaurées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 ("Loi HPST"). Les 26 agences sont installées en avril 2010 (elles ne sont plus que 17 après la création des grandes régions).

Si les ARS peuvent s'avérer intéressantes pour la coordination des politiques publiques de santé, leur mission originelle reste d'assurer **l'accès à la santé pour tous, promotion de la santé et la réduction des inégalités**, et non de réglementer la vie des établissements de santé.

Ne remplissant plus cet objectif alors qu'elles sont dotées d'un budget de fonctionnement de plus de 1 milliard d'euros et de 10 000 fonctionnaires, elles doivent être supprimées.

Proposition 2 : **Créer un service déconcentré unique (anciennement les DRASS) regroupant la politique de santé, le contrôle des organismes de la Sécurité sociale et les politiques de cohésion sociale, sous l'autorité du préfet de Région**

En démultipliant les services déconcentrés par direction, la France n'a pas pu profiter de la réforme des Régions. Pire, ce que nous avons obtenu par la mutualisation territoriale a été perdu par la démultiplication fonctionnelle. Le secteur de la santé et de la politique sociale n'y déroge pas.

En effet, les ARS ont récupéré une partie des activités des anciennes DRASS pour finalement une dilution de la coordination des politiques publiques.

Vis-à-vis de l'hôpital, ce service déconcentré unique n'aura que trois grandes missions : le contrôle des normes essentielles (sécurité, infrastructure, sanitaire, etc.) des hôpitaux, être une plateforme coordonnant les directions hospitalières de la Région et la promotion de la Santé en fonction de particularismes locaux. Le reste des missions doivent être supprimées et réinternaliser auprès des services du ministère de la Santé lorsque nécessaire (développement du numérique par exemple) ou dans les hôpitaux.

Proposition 3 : **Régionaliser les CPAM (aujourd'hui à l'échelle départementale et infra-départementale)**

En miroir de l'organisation territoriale proposée ci-dessus, **régionaliser les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), aujourd'hui organisées à l'échelle départementale voire infra-départementale, permettrait de corriger une incohérence structurelle persistante** : celle d'un financeur opérant à un niveau local alors que la politique de santé est définie à l'échelle régionale via les Agences régionales de santé (ARS).

Il n'est plus pertinent, dans un système cherchant à être intégré et efficient, de maintenir cette **dissociation entre finance et pilotage stratégique**. En alignant les périmètres d'intervention, on favoriserait une meilleure coordination des leviers de régulation (tarification, parcours, prévention) et une vision de santé publique plus cohérente.

Cette régionalisation permettrait également de **réduire l'encadrement administratif redondant**, de mutualiser les fonctions support, et de simplifier les circuits de décision entre financeur, régulateur et offreur de soins.

Proposition 4 : **Supprimer ou fusionner les doublons pour aboutir à une dizaine d'agences maximum (soit une économie de 30% à 50%)**

Les multiples agences d'État participent à un véritable carcan administratif. **Il en existe une trentaine dans le monde de la santé avec une redondance de ses missions avec d'autres agences.**

Il est nécessaire d'engager la suppression ou la fusion des agences en doublons avec un objectif d'une réduction de 50% du nombre d'agences d'ici 2030.

Proposition 5 : **Inscrire le principe du « 1 pour 2 », à savoir pour une nouvelle agence créée, deux supprimées**

Le problème des agences ne concerne pas les fonctionnaires, mais les gestionnaires. La création d'agences tous azimuts résultent de décisions

politiques de responsables qui ont utilisé cet instrument pour « mettre en avant un thème » dans le débat public. Il est nécessaire de rompre avec cette logique en inscrivant dans la loi un principe de 1 pour 2.

VOLET 2 : UN CHOC DE DECENTRALISATION DE LA DECISION

35% de l'emploi à l'hôpital est administratif. Libérer le carcan administratif territorial ou fonctionnel ne suffira donc pas à débureaucratiser l'hôpital. Une débureaucratization ne se décrète pas en convoquant l'imaginaire de la « tronçonneuse », mais doit s'opérer efficacement. C'est pourquoi il est nécessaire d'agir sur la décentralisation de la décision à l'hôpital, de sorte à éviter que ce qui est gagné au niveau des superstructures soient perdus au niveau des établissements.

Proposition 6 : **Tendre à horizon 2030 à un niveau de 20% de postes administratifs à l'hôpital et à 15% en 2035**

Si **35% de l'emploi à l'hôpital est administratif**, la France doit viser revenir à un niveau similaire à l'hôpital allemand situé autour de 15% à 20% selon les hôpitaux. Ces suppressions de postes sont à réaliser en priorité dans les services supports afin de redonner des marges de manœuvre pour recruter des soignants.

Proposition 7 : **Accélérer la constitution des GHT et le regroupement des hôpitaux lorsque le territoire de santé le permet**

Accélérer la constitution des GHT et le regroupement des hôpitaux, là où le maillage territorial le permet, s'inscrit dans la continuité des dynamiques engagées depuis 2016. Malgré une impulsion initiale, la mise en œuvre reste inégale. Il faut désormais **passer d'une logique de coopération à une logique d'intégration réelle**, en ligne avec l'objectif affiché par Emmanuel Macron de créer un « **hôpital public territorial** » plus lisible, mieux organisé, et capable d'optimiser les ressources médicales et techniques.

Proposition 8 : **Décentraliser la prise de décision à l'hôpital au niveau des pôles de service**

Pousser jusqu'au bout la logique de délégation de gestion aux pôles, à l'image de l'expérimentation menée à Valenciennes et désormais reprise à Nice, permettrait d'ancrer la gouvernance hospitalière au plus près des réalités de terrain. Chaque pôle serait piloté par un **binôme directeur administratif**, associant un **directeur médical "stratège"**.

Proposition 9 : **Faire évoluer le rôle de chef de service en « directeur médical stratège » à égalité de responsabilités d'un directeur administratif**

En lien avec la proposition précédente, il est nécessaire de rendre plus de pouvoir au chef de service. **Le médecin fin connaisseur des équipes des besoins cliniques et des priorités de soin de son pôle serait accompagné d'un directeur gestionnaire garant du respect des équilibres financiers et logistiques.** Cette organisation favoriserait une gestion intégrée des ressources humaines, des dépenses et de l'activité. Elle offrirait aux équipes une plus grande autonomie décisionnelle et une capacité d'adaptation renforcée. En retour, cela impliquerait une **perte de pouvoir opérationnel des directions hospitalières centrales**, désormais recentrées sur un rôle de coordination stratégique et d'accompagnement des dynamiques locales.

Proposition 10 : **Réformer le statut et son obtention de directeur d'hôpital accordé par l'EHSP**

Dans notre modèle d'augmentation des responsabilités pour les chefs de service aux côtés d'un administratif, le statut unique de directeur d'hôpital délivré par l'EHESP ne répondrait plus aux besoins actuels du système.

Il serait plus pertinent de remplacer ce modèle par des **formations certifiantes, diversifiées et mises en concurrence**, ouvertes à des profils

variés. Cela permettrait d'adapter les compétences aux réalités de terrain, en valorisant l'expertise managériale plutôt qu'un statut figé et centralisé.

Proposition 11 : **Créer un indicateur de performance administrative hospitalière affiché dans les établissements de santé pour sensibiliser les patients à la bonne gestion de leur hôpital**

Dans la lignée du décret du 5 décembre 2024 sur la transparence des évaluations dans le médico-social, il serait pertinent d'**étendre cette exigence aux établissements de santé**, en y ajoutant un **indicateur de performance administrative**. Cela permettrait d'objectiver la qualité de gestion, de responsabiliser les directions, et de nourrir une culture de résultat. À l'instar de la démarche qualité clinique, la **performance organisationnelle** doit devenir un critère lisible, suivi, et opposable dans l'évaluation des établissements publics.

VOLET 3 : UN CHOC DE SIMPLIFICATION DES PROCEDURES

La décompression des superstructures et la décentralisation de la prise de décisions redonneront de la liberté aux soignants. En revanche, celle-ci doit s'accompagner d'un choc de simplification des procédures car aujourd'hui les processus et les procédures à l'hôpital ou avec les interlocuteurs tels que les fournisseurs créent une complexité forte pour tout l'écosystème.

Proposition 12 : **Systématiser et simplifier la programmation périodique des contrôles de l'administration des établissements de santé et médico-sociaux**

La programmation des contrôles administratifs dans les établissements de santé et médico-sociaux reste trop rigide, morcelée et souvent inaboutie. Il est nécessaire de **systématiser et simplifier cette programmation** pour en garantir l'effectivité. Aujourd'hui, un grand nombre de contrôles prévus ne sont tout simplement **pas réalisés**, faute de moyens, de coordination ou de priorisation claire. Une approche plus lisible, avec des calendriers pluriannuels stabilisés et des procédures allégées, permettrait de **sécuriser**

l'exécution effective des contrôles, sans alourdir la charge administrative des établissements.

Proposition 12 : **Doubler le budget du Ségur du numérique pour accélérer la numérisation des démarches administratives à l'hôpital**

Les hôpitaux ont besoin d'un choc de numérisation de la prise en charge (ordonnances numériques, etc.) pour libérer du temps médical. A ce titre, nous devons amplifier la dynamique engagée sur le Ségur du Numérique (2 milliards d'euros visant à simplifier les démarches-patients à l'hôpital par le numérique).

Nous pourrions **doubler le budget du Ségur du numérique en santé**, afin d'accélérer le déploiement de solutions réellement interopérables entre logiciels métiers, établissements et professionnels libéraux. La **numérisation complète des documents hospitaliers** – prescriptions, comptes rendus, courriers, formulaires – doit devenir la norme, avec un **aliment automatique et fluide du Dossier Médical Partagé (DMP)** et de **Mon Espace Santé**. Cette ambition permettrait de libérer du temps médical, d'améliorer la continuité des soins et de **lutter concrètement contre la paperasse** qui asphyxie encore le quotidien des soignants.

Proposition 13 : **Faire converger les systèmes d'information des hôpitaux**

En miroir de la proposition précédente, il est nécessaire de faire converger les SIH dans un cadre interopérable. Il s'agit de la condition sine qua non pour numériser les démarches. L'État doit donc poursuivre les efforts du Ségur du numérique et encourager les fusions des SIH dans le cadre des GHT.

Proposition 14 : **rationnaliser les centrales d'achat dans le secteur de la santé**

Le secteur de la santé souffre aujourd'hui d'une **multiplication des centrales d'achat publiques** : UGAP, RESAH et **UniHA**. Cette coexistence

non coordonnée crée une **complexité importante** pour les fournisseurs, confrontés à des cahiers des charges et des procédures hétérogènes, mais aussi pour les établissements de santé, qui doivent jongler entre plusieurs plateformes et référencements. Il devient urgent de **rationaliser cet écosystème**, soit par une fusion, soit par une spécialisation claire des missions, afin de **simplifier les achats**, renforcer le pouvoir de négociation des établissements de santé, et améliorer la lisibilité de l'offre.

Proposition 15 : **réinternaliser certaines activités supports pour éviter la sous-traitance tous azimuts**

Trop d'acteurs fréquentent un hôpital. Par volonté de privatiser des pans entiers de l'activité à l'hôpital, nous avons sous-traité trop de tâches (cantine, blanchisserie, etc.) sans forcément gagner en efficacité de par la complexité des procédures d'attribution de marchés publics.

Il est nécessaire de **réinterroger la logique de sous-traitance systématique** dans les hôpitaux. Par volonté de privatiser des pans entiers de l'activité non médicale, de nombreuses fonctions support – restauration, nettoyage, blanchisserie, sécurité, etc. – ont été externalisées, parfois au détriment de la qualité et de la continuité de service. Résultat : **trop d'acteurs différents circulent dans les établissements**, avec des logiques de gestion éclatées et des pertes de repères pour les équipes. **Réinternaliser certaines de ces activités**, lorsque cela est pertinent, permettrait non seulement de **renforcer la cohésion des services**, mais aussi de **mieux maîtriser les coûts sur le long terme**, tout en revalorisant des métiers essentiels au bon fonctionnement de l'hôpital.

CONCLUSION

Cinq ans après la crise sanitaire, l'hôpital public français reste prisonnier d'un carcan bureaucratique qui freine sa capacité à soigner, innover et s'adapter. Si la pandémie a révélé la force de ses professionnels, elle a aussi mis à nu les lenteurs, les doublons et les rigidités du système.

Débureaucratiser ne signifie pas déréguler, mais redonner du souffle, du sens et de la responsabilité à ceux qui sont au contact du soin. Ce rapport propose quinze propositions concrètes **pour relocaliser la décision, alléger les superstructures et simplifier les procédures.** L'urgence n'est pas seulement budgétaire ou sanitaire : elle est organisationnelle. C'est à cette condition que l'hôpital pourra redevenir un pilier vivant de notre pacte républicain.

Par **Pauline Vincent**, Analyste au Millénaire et **Matthieu Hocque**, Directeur adjoint des Etudes du Millénaire

Crédit photo : [Emmanuel Macron visit to the Quirinale 20211125](#), de Presidenza della Repubblica, via Wikimedia Commons, sous licence [Quirinale.it](#).



Le Millénaire est un groupe de réflexion spécialisé sur les questions de politiques publiques. Il est composé d'une centaine de contributeurs de divers horizons — cadres du privé, du public, chercheurs, chefs d'entreprises — et chacun expert dans son domaine.

Président : William THAY

Secrétaire général : Clément PERRIN

Vice-présidents: Gilles BÖSIGER et Olivier BODO

Directeur des études : Matthieu HOCQUE

Directeurs adjoints des études: Pierre CLAIRE et Florian GERARD-MERCIER

Communication : communication@lemillenaire.org

Presse : presse@lemillenaire.org

Et pour suivre toutes les actualités du Millénaire :

<http://lemillenaire.org>



***Mentions légales :** L'ensemble de ce rapport relève de la législation française et internationale sur le droit d'auteur et de la propriété intellectuelle. Tous les droits de la reproduction sont réservés à l'association « Le Millénaire », la reproduction de tout ou partie de ce rapport sur quelque support que ce soit est formellement interdite sauf autorisation expresse du Président de l'association.*