terra nova
LE THINK TANK PROGRESSISTE

Quel avenir pour l'hôpital public ?

NICOLAS REVEL

MAI 2026

terra nova
LE THINK TANK PROGRESSISTE

Quel avenir pour l'hôpital public ?

Nicolas Revel,
Directeur général de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

26 mai 2026

Introduction

Le sujet de la santé est frappé dans notre pays d'une forme de malédiction. Il figure depuis des années, et de manière constante, parmi les toutes premières préoccupations des Français. Et pourtant, contrairement à d'autres questions comme les retraites, la sécurité ou l'immigration, il n'a jamais été au cœur des grands rendez-vous démocratiques. On pourrait en conclure que notre système de santé se porte bien et que nos concitoyens ont tort de s'en inquiéter. Ce paradoxe exprime plutôt notre difficulté collective à nous saisir d'un sujet, il est vrai complexe mais pourtant incontournable : comment répondre aux besoins de santé de nos concitoyens aujourd'hui et plus encore demain ?

Dans une précédente note publiée en mai 2025 (« Santé des Français : sortir de l'impasse »), j'avais posé le constat que nous ne sommes pas aujourd'hui armés pour affronter le défi majeur qui se présente devant nous : faire qu'un système déjà fragilisé, de plus en plus difficile d'accès pour les patients et vécu comme moins attractif par les soignants, parvienne à faire face à une demande de soins qui va s'intensifier très rapidement avec l'accélération du vieillissement de la population. La part des personnes de 65 ans et plus dans la population française passera en effet de 21 % aujourd'hui à 25 % en 2030 puis 28 % en 2050[1]. Or, on sait que ce facteur démographique est la cause première de l'augmentation rapide du nombre de patients atteints d'une maladie chronique, même si d'autres facteurs que l'âge y contribuent également, notamment dans le champ de la cancérologie ou de la santé mentale. Ce sont déjà 25 millions de personnes qui sont atteint aujourd'hui d'une telle pathologie et on estime que ce chiffre atteindra les 30 millions d'ici dix ans.

Face à ce qu'on peut considérer comme un véritable mur démographique et épidémiologique, l'objectif premier sur lequel nous sommes attendus ne fait aucun doute : répondre à cette demande croissante sans sacrifier ni l'accessibilité des soins, ni la qualité des prises en

[1] Je remercie Florian Taysse pour le concours qu'il m'a apporté dans la recherche des données statistiques citées dans cet article.

charge ni encore la soutenabilité de notre modèle d'Assurance Maladie. L'objectif est évident, la manière d'y parvenir est naturellement plus complexe. Une chose est sûre au regard de nos difficultés actuelles : cela appellera une forme de rupture avec la vision qui a prévalu jusqu'alors et qui était fondée sur l'idée que c'est en mettant l'offre de soins sous contrainte que l'on maintiendrait l'équilibre du système.

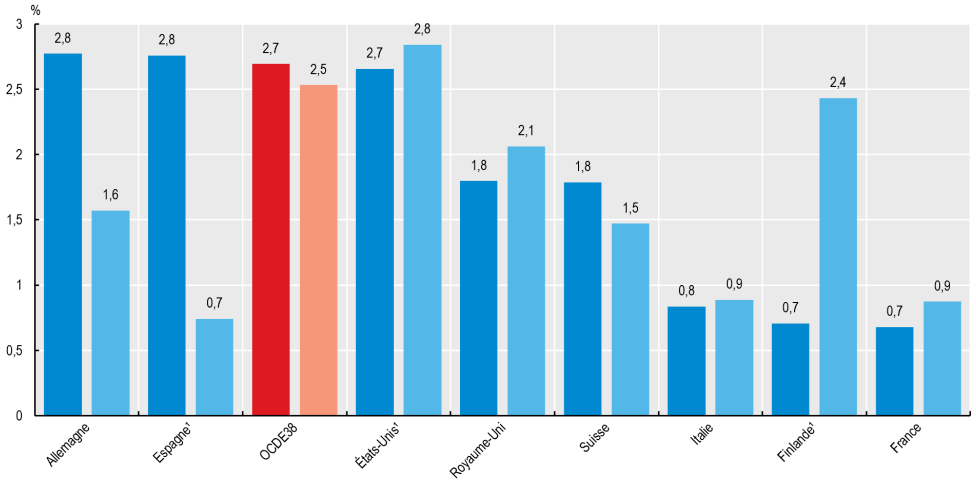
Car tel est bien le choix que la France a fait pour assurer la maîtrise de ses dépenses de santé et ce choix a été, d'une certaine manière, payant. En effet, contrairement à ce que l'on entend partout, la France est parvenue, au cours des vingt dernières années, à maîtriser ses dépenses mieux que la plupart des autres pays occidentaux.

On lit en effet souvent que notre niveau de dépenses dans le champ de la santé serait très élevé, ce qui est vrai si l'on mesure cet effort en pourcentage de la richesse nationale : nous nous situons alors à 11,5 % du PIB, soit au 5e rang des pays de l'OCDE derrière les USA, l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse. Mais les choses se présentent sous un jour fort différent si l'on rapporte notre dépense médicale à notre population (12e rang mondial)[2].

Si l'on considère maintenant le rythme de progression de nos dépenses au cours des 10 dernières années (2014-2024), il a été l'un des plus contenus de tous les pays de l'OCDE et sensiblement inférieur aux rythmes observés chez la plupart de nos voisins. Il a ainsi été, entre 2014 et 2019, de + 0,7 % par an en valeur réelle (net de l'inflation) et de + 0,9 % par an au cours des années 2019-2024 quand l'Allemagne se situait, sur la dernière période, à 1,6 % ou le Royaume-Uni à 2,1 %[3].

[2] OCDE, Panorama des dépenses de santé 2025
[3] OCDE, Panorama des dépenses de santé 2025

Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant (valeur réelle), 2014-19 et 2019-24 (source OCDE, 2025)



Note : 1. D'après les estimations de l'OCDE pour 2024. Les taux de croissance et les périodes ont peut-être été ajustés pour tenir compte des ruptures de séries.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

Cette performance incontestable, notamment au cours des années qui ont précédé la crise du Covid, s'est fondée sur une stratégie qui consistait à faire peser l'essentiel des efforts sur les établissements de santé[4] en leur appliquant chaque année une réduction de leurs tarifs hospitaliers. Pendant une dizaine d'années et jusqu'en 2019, la rémunération perçue par les établissements hospitaliers pour un séjour, un passage aux urgences ou une opération chirurgicale a ainsi baissé chaque année en valeur absolue. Cette politique assumée visait à modérer l'impact économique de la progression du nombre des hospitalisations en réduisant le coût unitaire de chacune d'elles, et alors même que les établissements devaient faire face à une augmentation tendancielle de leurs charges courantes. Aucun autre secteur d'activité dans notre pays n'a connu une telle pression économique sur une aussi longue période.

Le sous-jacent de cette politique était clair : les établissements hospitaliers étaient considérés comme trop nombreux, trop lourds, trop gros et donc, à la fin, trop chers. En d'autres termes, ils se présentaient davantage comme un problème que comme une solution. La priorité était donc de les faire gagner en productivité et de ce point de vue, ce fut un succès : l'accroissement de la productivité du travail dans les hôpitaux publics a été, jusqu'en 2019, plus important que celui de l'ensemble de l'économie française : l'activité, mesurée par le nombre de séjours a cru de + 9,6% entre 2013 et 2019, alors que les effectifs sont restés

[4] L'autre secteur de dépenses de santé qui a subi une pression au moins aussi forte sur les prix est celui des médicaments.

quasi-stables sur la même période. Par comparaison, la productivité apparente du travail de l'économie française a progressé, selon l'INSEE, de 3,7 % sur la même période.

Ce résultat est d'autant plus spectaculaire que, comme nous le verrons plus bas, ces gains de productivité se sont réalisés sans réduire significativement le nombre des établissements, et notamment des plus petits, puisque la carte hospitalière s'est à peine réduite sur cette période. Cela signifie en creux que les efforts ont été portés par tous les établissements, quels que soient leur niveau de performance, leur taux d'occupation ou leur place dans l'offre sanitaire.

Cette approche explique très largement pourquoi nos hôpitaux sont entrés dans la crise Covid dans un état de grande fragilité. Cela ne les a pas empêchés de faire face à cette épreuve sans précédent avec un engagement exceptionnel. Les communautés hospitalières, bien-sûr médico-soignantes mais plus largement tous les professionnels qui font tourner nos hôpitaux, ont répondu présent. La France a redécouvert à cette occasion l'importance de pouvoir compter sur des hôpitaux en état de marche.

Cette prise de conscience s'est concrétisée – au-delà des applaudissements quotidiens – par des mesures fortes prises dans la foulée de la crise : une revalorisation sans équivalent des salaires des hospitaliers dont l'ampleur de plus de 14 Mds d'euros sur la période 2020-2024 s'est traduite par une progression d'environ 15 % de la masse salariale des établissements ; un soutien, là aussi historique, à la remise à niveau des bâtiments et équipements hospitaliers au travers du Ségur de l'investissement pour un montant de 15,5 Mds d'euros. Voilà qui marquait incontestablement une volonté de tourner la page des années qui avaient précédé le Covid et d'engager les hôpitaux français dans une trajectoire de consolidation et de développement.

Quatre années après la fin de la crise sanitaire, où en sommes-nous ? Comment se porte l'hôpital public ? La réponse n'est pas forcément celle que nous espérions, en raison d'un triple paradoxe.

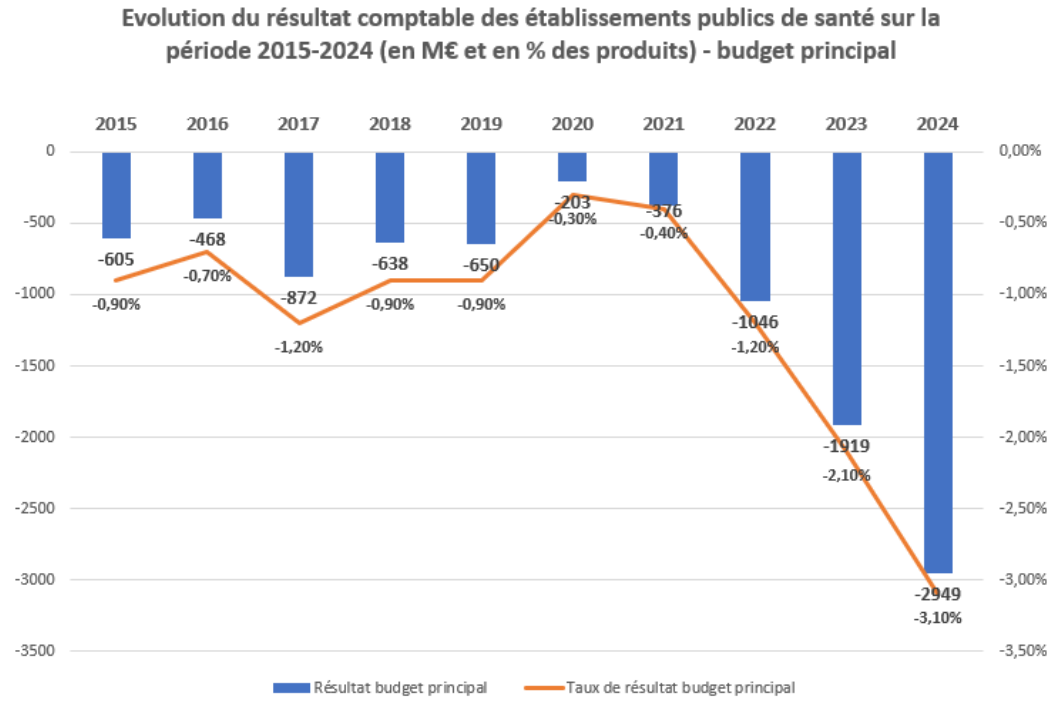
Premier paradoxe, la période qui a immédiatement suivi la fin de la crise sanitaire s'est traduite par une fuite sans précédent de professionnels soignants, particulièrement dans les hôpitaux publics qui ont subi l'essentiel du choc du Covid. Pour ne prendre l'exemple que de l'AP-HP, ces départs massifs intervenus entre mi 2021 et mi 2023, ont entrainé une baisse

des effectifs infirmiers de 12 %, la fermeture de 20 % des capacités d'hospitalisation[5] et un recul de près de 14 % du nombre des hospitalisations complètes. Cette crise des ressources humaines et des capacités de soin qui a succédé directement à celle du coronavirus a été d'une violence inouïe. Elle a créé un vrai moment de peur au sein des équipes, une fatigue aussi alimentée par un recours effréné aux heures supplémentaires et à l'intérim, un découragement enfin accentué par le fait que les impacts de la crise sanitaire sur les capacités de soins ont été plus profonds dans les établissements publics que privés. Trois années après le creux de la vague, atteint au printemps 2023, nous sommes parvenus à en sortir : les effectifs sont presque entièrement reconstitués, les lits ont rouvert, les hôpitaux ont enfin retrouvé leur niveau de recettes d'activité d'avant 2020 et le moral des équipes se redresse progressivement[6].

Cette embellie ne rend que plus étonnant le deuxième paradoxe : les hôpitaux ont bien été soutenus économiquement dans la sortie de la crise, ils sont enfin parvenus à sortir du trou d'air d'activité et peuvent enfin se projeter et investir, sauf que… leur situation financière s'est dans le même temps massivement dégradée. Le déficit des hôpitaux publics a atteint un niveau qui n'avait jamais été observé au cours des trente dernières années. Certes, les hôpitaux publics ont toujours été légèrement déficitaires, la jauge évoluant, bon an mal an, autour de 650 millions d'euros au cours des années 2010. La dégradation observée depuis 4 ans est spectaculaire : le déficit est en effet monté à plus de 1 Md d'euros en 2022, puis 1,9 Mds en 2023, enfin 2,9 Mds en 2024, niveau qui devrait à peine se réduire en 2025 (autour de 2,5 Mds).

[5] L'AP-HP comptait déjà 9 % de lits fermés en 2019, ce qui était un niveau élevé s'expliquant par un début d'érosion des effectifs infirmiers au cours des années 2016-2019. Les fermetures de lits induites par la crise post Covid a conduit à faire passer le taux de fermeture de 9 % à 20 %.

[6] Tel que nous pouvons le mesurer dans un baromètre social interne qui est réalisé chaque année à l'AP-HP depuis novembre 2023



Source : DIAMANT (cube DGFiP pour les années 2015-2023 et cube finances pour le RIA n°2 de l'année 2024), traités par l'IGF et l'IGAS dans le rapport "Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale", septembre 2025

Ce décrochage massif concerne toutes les catégories d'établissements, quelle que soit leur taille, et se retrouve également dans le secteur privé, lucratif comme non lucratif. Soyons clairs : il n'est pas lié à une dérive de gestion dont on ne voit pas comment elle aurait pu être aussi spectaculaire, soudaine et générale. Deux rapports d'inspection conduits par l'IGAS et l'IGF, rendus publics en février 2026[7], sont venus éclairer l'origine de cette dégradation : elle s'explique pour l'essentiel par la sous-compensation des revalorisations salariales post Covid et de la très forte inflation des années 2023 et 2024. Cela signifie que les hôpitaux ont dû financer les hausses de salaires décidées par l'Etat et faire face à l'inflation, sans que ces dépenses supplémentaires ne soient compensées complètement par une revalorisation de leurs revenus, et notamment de leurs tarifs. Les inspections générales estiment la dérive liée à ces facteurs exogènes à environ les deux tiers du déficit total et concluent que si des efforts d'efficience doivent impérativement être menés, ils ne suffiront pas seuls à redresser la situation, avec un risque déjà avéré sur les fonds propres des établissements et le devenir de nombreuses opérations d'investissement.

[7] Rapport IGAS : La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024 » - octobre 2025 ; Rapport IGAS-IGF : « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territorial » - septembre 2025.

Voilà qui nous conduit au dernier paradoxe : l'absence de visibilité sur les perspectives. Les deux dernières lois de financement de la sécurité sociale ont préservé l'hôpital public au sens où les arbitrages rendus in fine ont évité que l'on ne revienne aux politiques de baisse tarifaire des années d'avant crise mais sans que les contraintes budgétaires qui pèsent d'évidence sur la période aient permis de répondre à l'impasse financière qui s'était constituée ces trois dernières années.

Le besoin de visibilité n'est d'ailleurs pas que budgétaire, il porte aussi sur la manière dont les hôpitaux pourront répondre dans les années à venir aux trois grandes questions sur lesquelles ils sont attendus : la première porte sur leur capacité à maintenir les conditions d'une attractivité retrouvée, quoiqu'encore fragile, si l'on veut réussir à fidéliser nos professionnels et développer notre offre de soins en rapport avec l'augmentation des besoins ; la deuxième porte sur l'organisation même de nos hôpitaux, leur capacité à transformer leur manière de soigner pour prendre le virage de la prévention, mieux répondre aux besoins des territoires et concilier proximité et médecine de recours ; la troisième renvoie enfin à notre capacité à rester dans la dynamique de l'innovation médicale au moment où tout s'accélère dans le champ de l'intelligence artificielle en lien avec les progrès, eux-mêmes spectaculaires, dans les domaines de l'imagerie, de la biologie et de la médecine génomique.

Espérons que les prochains mois permettront d'éclairer ces questions dont il est urgent et indispensable qu'elles trouvent leur place dans le débat public, quand bien même elles se prêtent mal à des annonces choc et des solutions miracles. Une manière d'y contribuer est d'essayer de poser quelques repères et propositions.

Celles-ci s'appuient sur une conviction fondamentale qui relève en apparence de l'évidence mais qu'il est important de formuler d'emblée : nous aurons besoin demain d'hôpitaux publics en état de marche.

Cette affirmation ne signifie pas que les hôpitaux seraient la réponse à tout. Ce n'est évidemment pas le cas. Je suis convaincu de longue date que notre système de santé doit reposer aussi sur une première ligne robuste, articulée autour des médecins généralistes et d'équipes de soins primaires, les plus coordonnées possibles entre professionnels de ville d'abord mais aussi avec les établissements hospitaliers. Car ces derniers seront plus que jamais appelés à intervenir à plusieurs stades de la prise en charge.

La médecine moderne suit en effet une tendance lourde qui la rendra demain de plus en plus technique, spécialisée et pluri-disciplinaire. Cela tient au fait que les capacités diagnostiques reposeront toujours davantage sur la mobilisation de plateformes biologiques, génomiques et d'imagerie, couplées à l'analyse de données massives et complexes ; cela tient aussi à ce que la population vieillissant, les patients seront de plus en plus porteurs de polypathologies nécessitant de croiser l'expertise de plusieurs spécialités à la fois ; cela découle enfin de ce que les prises en charge devront aller au-delà des phases classiques du diagnostic et du traitement de la phase aiguë de la maladie pour investir le champ du suivi au long cours des malades chroniques, ce qui suppose de s'appuyer sur les médecins traitants bien-sûr mais aussi sur l'expertise des services spécialisés.

Notre système de santé va devoir impérativement prendre le tournant de la prévention mais cette évolution couplée à celle du virage ambulatoire, ne signifie pas que les hôpitaux seront moins mobilisés et indispensables. C'est même le contraire et c'est particulièrement vrai des hôpitaux publics.

Là aussi, il ne s'agit pas de céder à une opposition trop facile entre public et privé, ce d'autant que ce dernier secteur recouvre des statuts d'établissements très différents, beaucoup étant dans un fonctionnement très proche du service public. Mais ce qui fait malgré tout la singularité et la force du public, c'est qu'au-delà de son poids (61 % des lits d'hospitalisation), ses hôpitaux ne choisissent ni leurs activités, ni leurs patients, ni leurs tarifs, ni leurs horaires : leur vocation est de couvrir tout le champ des spécialités, y compris les plus lourdes, les plus rares et les moins rémunératrices ; ils ne pratiquent pas le tri en amont pour éviter des patients dont la situation sociale peut conduire à des durées de séjour anormalement longues ou une prise en charge financière incertaine ; ils ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires ou de tarifs libres au-delà de ceux fixés par l'Assurance maladie et qui garantissent un remboursement intégral des soins ; ils assurent enfin l'essentiel de la permanence des soins puisque 83 % des lignes de garde reposent sur le public quand celui-ci n'emploie que 62 % des médecins travaillant dans des établissements de santé.

Oui, nous aurons besoin demain d'hôpitaux capables de répondre à leurs missions… La question est de savoir s'ils en seront capables. Rien ne permet de l'affirmer aujourd'hui et on peut même sérieusement en douter, sauf à ce que nous réussissions à avancer sur trois sujets décisifs : celui de l'attractivité de nos structures pour les nouvelles générations de médecins et de soignants qui ont de moins en moins le réflexe de l'hôpital public ; la nécessité

d'une évolution profonde du modèle hospitalier vers plus de concentration de l'expertise, de projection territoriale et d'intégration des enjeux liés à la prévention ; celui enfin des modes de financement et de la capacité des établissements à porter l'innovation et préparer l'avenir.

1. Premier défi : l'attractivité de nos établissements et la fidélisation de nos professionnels

La crise des vocations qui a suivi les années Covid a-t-elle été un simple trou d'air ou marque-t-elle plus fondamentalement un changement de paradigme dont cet épisode aurait été le révélateur ?

On pourrait se rassurer en constatant que nous sommes parvenus en trois ans à reconstituer les effectifs perdus, que le nombre d'étudiants choisissant les études en santé n'a jamais été aussi élevé et que les hôpitaux offrent un cadre de travail plus collectif et sécurisant que d'autres formes d'exercice de la médecine, notamment libéral. Tout cela est vrai et pourtant, ma conviction est que nous allons vers des temps plus incertains, en tous cas plus exigeants.

Je n'ai pas de doute que l'hôpital public restera un passage obligé pour beaucoup des jeunes médecins ou paramédicaux qui, en sortant de leurs études, savent pouvoir trouver dans nos établissements un complément de formation et le sésame vers une future installation en libéral. Une infirmière doit en effet attendre deux ans avant d'être autorisée à exercer en ville tout comme un jeune médecin ne peut s'installer en secteur 2 s'il n'a pas exercé au moins une année à l'hôpital sous un statut d'assistant spécialisé ou de chef de clinique.

Mais l'enjeu pour les hôpitaux n'est pas d'être de simples lieux de formation ou de passage ; c'est de de constituer des équipes les plus stables possible, qui gagnent en expérience et en compétence. Il est aussi d'attirer les meilleurs professionnels et de leur donner les raisons d'y poursuivre leur parcours professionnel sur le long terme. C'est précisément sur ce plan que l'attractivité hospitalière n'est plus un acquis, loin s'en faut d'ailleurs.

On objectera à raison qu'il s'agit là d'une tendance amorcée bien avant le Covid : selon une étude de la DREES[8], si l'on prend les professionnels infirmiers diplômés dans les années 1990-1994, il y a donc environ 30 ans, 40 % n'exerçaient déjà plus à l'hôpital 10 années

[8] DREES (juin 2023) : Les effectifs salariés du secteur hospitalier de 2003 à 2023

après ; cette proportion est montée à 50 % pour la génération diplômée au cours des années 2005-2009. Par définition, nous ne connaissons pas encore le chiffre pour les promotions sorties dans les années 2015-2019 mais on peut craindre le pire. Si l'on s'en tient aux chiffres de l'AP-HP, le taux de fuite des infirmières arrivées en 2019 était déjà de 69 % à fin 2025[9], soit au bout de seulement six années d'exercice.

Cette tendance s'observe dans d'autres secteurs professionnels mais elle est particulièrement prégnante dans nos établissements où la pression est élevée, les conditions de travail sont intrinsèquement difficiles et les sujétions liées à la permanence des soins plus fortes qu'ailleurs. Faire carrière, devenir cadre de santé, professeur des universités ou chef de service ne fait plus rêver autant qu'il y a 20 ou 30 ans. Nous peinons aujourd'hui à pourvoir nos postes de cadres ou à trouver des médecins seniors prêts à prendre des responsabilités de chef de service ou de chef de pôle.

Ces fonctions constituaient hier une forme de graal, elles ne font plus aujourd'hui rêver autant, a fortiori quand on peut exercer son métier ailleurs dans des conditions beaucoup plus favorables, aussi bien en termes de rémunération que de temps et de conditions de travail. Or, c'est le cas pour beaucoup de nos professionnels, notamment les médecins qui peuvent – sans exagérer – doubler, voire tripler leur salaire en partant dans le privé ou en exercice libéral, tout en se libérant des gardes et astreintes, notamment le week-end, qui sont le quotidien de l'hôpital public.

De ce point de vue, la dualité de conditions d'exercice entre un secteur libéral qui est libre de fixer ses tarifs, de participer ou non à la permanence des soins, d'assurer ou non la prise en charge des patients précaires ou complexes, et un secteur public où les salaires sont par définition encadrés et les contraintes imposées, pose un vrai problème. Surtout quand les conditions d'accès au secteur 2 sont devenues si larges que les trois quarts des médecins spécialistes qui s'installent aujourd'hui en ville le font sous ce régime, avec des perspectives de revenus sans commune mesure avec celles de leurs collègues du public.

Il serait illusoire de croire que nous pourrons supprimer demain le secteur 2, ce qui ne doit pas empêcher que nous l'encadrions plus qu'il ne l'est aujourd'hui en imposant notamment qu'un minimum de patients soient facturés sans dépassement. Il est en revanche impératif que les contraintes liées à la permanence des soins se rééquilibrent entre secteurs public et

[9] Étant précisé qu'une partie de ces infirmières ont pu quitter l'AP-HP pour un autre établissement.

privé. Mais quand bien même nous parviendrions à avancer dans ce sens, l'hôpital public devra en tout état de cause relever ce défi de l'attractivité et de la fidélisation en jouant pour l'essentiel sur ses propres armes. Heureusement, les pistes d'actions sont nombreuses : elles portent sur la question du temps disponible, du management hospitalier, des parcours professionnels et enfin des rémunérations.

Retrouver le temps de bien soigner

Si la question des salaires est un sujet récurrent dans nos organisations hospitalières, a fortiori dans les grandes villes où le coût de la vie est plus élevé qu'ailleurs, la demande première des soignants est d'abord d'avoir le temps et les moyens de bien faire leur travail. C'est précisément quand ils ont le sentiment que cette exigence est compromise que le sentiment de stress, de mise en danger des patients et in fine de perte de sens, les conduit à partir.

On peut en tirer une première conclusion : il ne sera ni possible ni souhaitable d'appliquer à nouveau la cure de productivité des années 2010-2020 quand nos établissements ont été amenés à durcir les organisations de travail pour augmenter le nombre de malades par soignant. Cette question des ratio soignants est devenue aujourd'hui totémique, elle constitue en tous cas un élément clé pour réussir à recruter et fidéliser : il ne s'agit évidemment pas de laisser partir le balancier dans l'autre sens mais nos hôpitaux sont parvenus à stabiliser des organisations de soins répondant mieux à la charge réelle, et c'est ainsi qu'ils ont réussi à enrayer la fuite des soignants après le Covid. S'il est toujours pertinent d'adapter les organisations à la réalité de la charge des équipes, il serait très périlleux de faire à nouveau des effectifs soignants une variable d'ajustement des équilibres budgétaires.

Cette exigence de pouvoir travailler dans de bonnes conditions renvoie à une aspiration fondamentale qui est celle de pouvoir retrouver du temps : le temps de prendre soin des patients, le temps de pouvoir se parler au sein des équipes, le temps de pouvoir se former, le temps de pouvoir mener des projets, notamment de recherche, bref le temps nécessaire pour bien faire son travail. Cette attente est devenue fondamentale et elle a pour corollaire une autre exigence : ne plus perdre de temps à faire des choses qui ne relèvent pas de sa mission ou de son expertise.

C'est ce qu'on appelle à l'hôpital les glissements de tâche qui font qu'un soignant passe son temps à chercher une date d'examen ou un lit d'aval ou encore à remplir un dossier patient

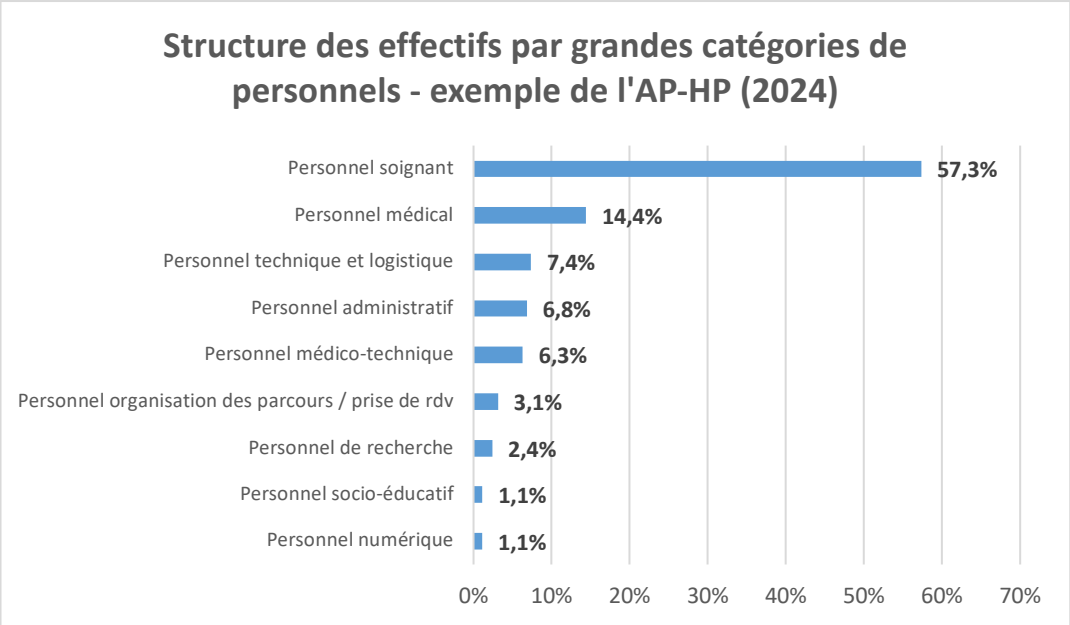
mal conçu - quand il n'attend pas que son ordinateur se remette à fonctionner - ou enfin s'arrache les cheveux à régler une question administrative faute de savoir à qui s'adresser. Évidemment, la vie à l'hôpital n'est pas toujours et partout aussi cauchemardesque mais écouter les équipes parler de leur quotidien invite souvent à l'humilité.

Cela doit conduire nos établissements à travailler prioritairement sur tout ce qui peut faire gagner du temps aux équipes de soins et leur permettre de se recentrer sur leur véritable mission : en automatisant des process, en simplifiant des règles, en améliorant la qualité des outils numériques, en introduisant de l'intelligence artificielle quand elle est utile et pertinente, en permettant un meilleur suivi des demandes d'achats, de travaux ou de réparation, en déléguant aussi davantage la décision au plus près des équipes quand cela est possible. Ce chantier, nous l'avons engagé au sein de l'AP-HP depuis trois ans et nous avançons mais le chemin devant nous sera encore long pour transformer radicalement les choses.

Pour y arriver, nous avons aussi besoin de fonctions support efficaces. Ce sujet est devenu une forme d'impensé de la gestion hospitalière tant s'est installée depuis des années l'idée que tout emploi non directement soignant serait un emploi inutile. Ce sont ces emplois administratifs et techniques qui ont été les premières cibles des réductions de postes au cours des années 2010 et ce sont vers eux que l'on se tourne à nouveau depuis quelques années lorsqu'il s'agit d'inviter les établissements à réduire leur déficit en s'attaquant à la « suradministration hospitalière » désignée comme la cause de tous nos maux.

C'est ainsi qu'on a vu resurgir depuis deux ans l'idée selon laquelle les hôpitaux français comprendraient jusqu'à 38 % d'emplois administratifs là où on n'en compterait que 28 % en Allemagne. Si ces chiffres étaient exacts, ce serait proprement scandaleux et il y aurait de quoi tailler en effet ! Mais la réalité est toute autre : sur les 38 hôpitaux et 100 000 professionnels que compte l'AP-HP, les personnels qui ne sont ni médecins ni soignants représentent en réalité 28 % des effectifs totaux mais on trouve parmi eux les manipulateurs radios, les techniciens de laboratoire, les brancardiers, les assistantes sociales, les techniciens de recherche clinique, les ouvriers professionnels qui assurent l'entretien des bâtiments, les logisticiens en charge de l'approvisionnement des services en produits et matériels de soins, les agents de restauration et toute la filière informatique et numérique. On y trouve aussi les secrétaires médicales que les services de soins considèrent comme des professionnels totalement indispensables. A la fin des fins, ce que l'on peut considérer

comme de vrais emplois administratifs représentent 6,8 % du total, soit cinq fois moins que les 38 % qui circulent partout. Il s'agit de personnels travaillant par exemple dans les services d'admission des patients ou sur les fonctions ressources humaines, finances, marchés et achat, ainsi que dans les directions des établissements. Ce sont là des fonctions essentielles au bon fonctionnement des établissements.



Faire de leur réduction la solution pour résorber le déficit hospitalier est d'autant plus discutable que si nous pouvions gagner sur telle ou telle de ces missions – notamment les processus d'admission administrative des patients à leur entrée à l'hôpital –, il ne faut pas oublier que l'une des demandes les plus fortes des équipes de soins est précisément de bénéficier de plus d'emplois de support pour les aider à mieux gérer les parcours des patients, leurs commandes de matériel ou les décharger des mille et une tâches qui encombrent leur quotidien. C'est ainsi que l'AP-HP a recréé depuis trois ans 450 emplois destinés à « regagner du temps », à la main des services, pour les soulager de tâches administratives, techniques ou logistiques. Cette initiative a été perçue comme une expression de respect pour ce qu'est le vrai travail d'un soignant. C'est dans ce même esprit d'ailleurs que les grands établissements anglo-saxons ont compris depuis très longtemps que la qualité des fonctions support constitue un élément clé de leur performance globale.

Mettre au cœur des priorités la qualité du management à tous les niveaux de l'hôpital

L'hôpital est un lieu rude. Bien-sûr, on y côtoie la maladie et y affronte des situations émotionnellement difficiles, mais les conditions d'apprentissage y ont en outre été longtemps très rugueuses et la culture professionnelle fondamentalement hiérarchique et mandarinale. La notion de leadership y est très présente à travers l'excellence médicale des grands patrons qui créent leur école, forment leurs élèves, désignent leur successeur et développent leur territoire d'influence, souvent contre leurs collègues de la même spécialité.

Pour les générations les plus anciennes, cela faisait partie du jeu. Pour celles qui ont démarré leur carrière hospitalière plus récemment, cela ne peut plus fonctionner ainsi. Bien-sûr, la césure est caricaturale, beaucoup de professionnels déjà très engagés dans leur parcours étant convaincus de longue date de l'importance de travailler dans un esprit plus respectueux et collectif.

Ma conviction est que l'hôpital jouera son avenir sur la question managériale. Il ne s'agit d'ailleurs plus seulement d'une question de conviction mais d'un constat : selon qu'un hôpital ou un service a bonne ou mauvaise réputation, selon que le climat de travail y est vécu comme fédérateur ou délétère, on voit ses effectifs grimper ou au contraire s'effondrer. Et cela va très vite ! Car là où hier, on serrait les dents, aujourd'hui les équipes partent et la sanction d'un management défaillant ne tarde pas.

Car la question se pose à tous les échelons de nos établissements, celui d'abord de la direction et plus largement de la gouvernance mais aussi de la communauté médicale et particulièrement des chefs de service, et enfin de l'encadrement notamment soignant. A tous ces niveaux, la clé d'un changement de paradigme managérial passe par deux choses qui ne sont pas aussi évidentes qu'elles en ont l'air : la capacité à se parler et à partager la responsabilité.

Cela peut sembler évident mais il s'agit bien là d'une rupture avec les vieux réflexes installés : ceux des médecins pour lesquels la direction n'est là que pour porter des contraintes économiques et qui sont convaincus que leurs demandes ou leurs projets ne pourront aboutir qu'en mettant la pression et en faisant monter le volume sonore ; ceux des directions qui ont longtemps considéré les médecins comme des sortes d'enfants capricieux qui demandent toujours plus en refusant précisément d'intégrer les contraintes de gestion.

Heureusement, les choses bougent depuis quelques années et la gestion du Covid a été de ce point de vue un moment fédérateur où tout le monde s'est battu ensemble, dans le même objectif et avec les mêmes valeurs. Mais une fois revenu à la vie normale, aux mille et une difficultés du quotidien et à la pression des contraintes de fonctionnement, il faut pour préserver cet état d'esprit défendre cette idée simple qu'un hôpital est d'abord une communauté d'hommes et de femmes capables de dialoguer ensemble, de partager des contraintes et de trouver des solutions, dès lors que celles-ci s'inscrivent dans un sens partagé, un objectif de progrès et le respect de chacun. Cette vision n'a rien de naïve et n'ignore rien des jeux de rôles et des conservatismes, mais l'expérience démontre que les hôpitaux qui ont su le mieux se préserver ou se développer sont ceux qui ont su faire communauté et construire sur l'intelligence collective.

Cela vaut à l'échelle d'un hôpital entier, cela vaut tout autant à l'échelle de chacune des équipes de soins où l'enjeu est précisément de faire équipe, au-delà des différences de métiers et de statut. Adopter des règles simples permettant aux paramédicaux de participer aux réunions de staff, organiser des formations entre professionnels au sein même des services, laisser les professionnels proposer leurs plannings et surtout susciter des temps de dialogue réguliers pour faire remonter les mille et un petits dysfonctionnements du service et pouvoir leur trouver une solution au sein même de l'équipe, tout cela renvoie à des choses simples mais qui sont loin d'exister encore partout.

Mais partout, on voit les esprits progresser, y compris parmi les médecins qui s'engagent de plus en plus dans des formations ou même des coachings pour apprendre ce qui ne leur a jamais été enseigné à la Faculté. Un chef de service ne dispose pas nécessairement de tous les leviers d'action, notamment sur la gestion des effectifs paramédicaux qui exercent dans son service mais son rôle est immense dans la dynamique du service et la qualité du climat au sein de son équipe, au sens large du terme. Cette dimension managériale de la fonction devient aujourd'hui aussi importante que celle des qualités médicales et scientifiques qui étaient jusqu'à présent les seules prises en compte.

Il reste cependant à en tirer les conséquences jusqu'au bout : d'abord, sur les conditions de nomination des chefs de service qui doivent s'appuyer sur une évaluation réelle et surtout très anticipée des aptitudes managériales des candidats, surtout quand la succession se construit en réalité des années à l'avance ; ensuite, sur la reconnaissance même de cette responsabilité de chef de service – et cela vaut

aussi pour les cadres de santé – qui donne lieu actuellement à une prime totalement dérisoire alors que les contraintes de ces fonctions sont particulièrement fortes ; sur la nécessité enfin de ne pas laisser des chefs de service en fonction au-delà d'une douzaine d'années, et même d'avoir le courage de ne pas les renouveler bien avant quand on s'aperçoit après quelques années qu'ils n'ont pas les capacités pour animer leur équipe et bien faire fonctionner leur structure, ce qui constitue aujourd'hui encore une forme de tabou absolu.

Il peut en effet exister, à l'hôpital comme ailleurs, des managers médiocres qu'il faut pouvoir faire évoluer. Il peut aussi y en avoir des carrément « toxiques ».

On parle ici de comportements de violence au travail ou de harcèlement moral ou sexuel. Là encore, ces réalités existent malheureusement depuis toujours et bien au-delà de nos hôpitaux. Longtemps, elles ont fait partie du décor et restaient sous le tapis. Ce n'est plus le cas, en tous cas beaucoup moins. A l'AP-HP où a été mis en place un dispositif centralisé pour favoriser ces remontées, nous sommes passés de 87 signalement reçus en 2022 à 425 en 2025. Cela ne signifie pas forcément que la violence au travail augmente – je pense même que c'est le contraire - mais qu'elle n'est plus tolérée. On ne peut que s'en féliciter à la condition cependant d'être capables d'y répondre de manière efficace. Ce n'est malheureusement pas le cas.

Certes, nous nous saisissons de toutes les situations, déclenchons des médiations, des conciliations et dans les cas qui le justifient, des enquêtes internes. Certes, nous prenons des mesures quand nous objectivons des comportements inacceptables, en procédant au retrait des responsabilités de chef de service ou en bloquant des promotions à des emplois hospitalo-universitaires[10], mais nous nous heurtons à une limite : l'impossibilité de prononcer des sanctions disciplinaires crédibles et rapides contre les médecins.

En France, n'importe quel agent hospitalier relève du droit commun des conseils de discipline qui réunissent de manière paritaire, au niveau de chaque établissement et pour chaque catégorie de professionnels, les représentants de la direction et des représentants du personnel. Ce n'est pas le cas des agents de direction et des médecins qui relèvent de deux instances nationales : soit le centre national de gestion pour les directeurs et les praticiens

[10] Une partie des médecins travaillant dans les Centres hospitalo-universitaires ont un statut de Professeurs des universités – praticien hospitalier (PU-PH) qui les amènent à se partager entre activités cliniques, de recherche et d'enseignement.

hospitaliers, soit une juridiction spécialisée quand il s'agit d'hospitalo-universitaires. Dans les deux cas, l'employeur n'est pas partie à la décision et, jusqu'à peu, il n'assistait même pas aux réunions de ces formations disciplinaires. Pire, les décisions rendues le sont dans un délai d'au moins deux ans et sont d'une clémence invraisemblable : un simple blâme pour du harcèlement sexuel ou une suspension de 6 mois avec maintien de 75 % du salaire pour du harcèlement moral, doublé de propos racistes et antisémites. Cela a d'ailleurs conduit l'AP-HP à faire déjà trois fois appel de ces décisions devant le Conseil d'État[11], et avec succès jusqu'à présent.

Ce système archaïque ne fonctionne pas, il doit être impérativement réformé pour ramener tout le monde dans un même droit commun et permettre aux établissements, avec les universités pour les hospitalo-universitaires, de traiter de ces situations, dans le respect évidemment du droit des personnes mises en cause. Il s'agit là d'une condition *sine qua non* si nous voulons faire reculer les comportements qui font aujourd'hui fuir beaucoup de jeunes professionnels qui aspirent légitimement à travailler dans un environnement sain et respectueux.

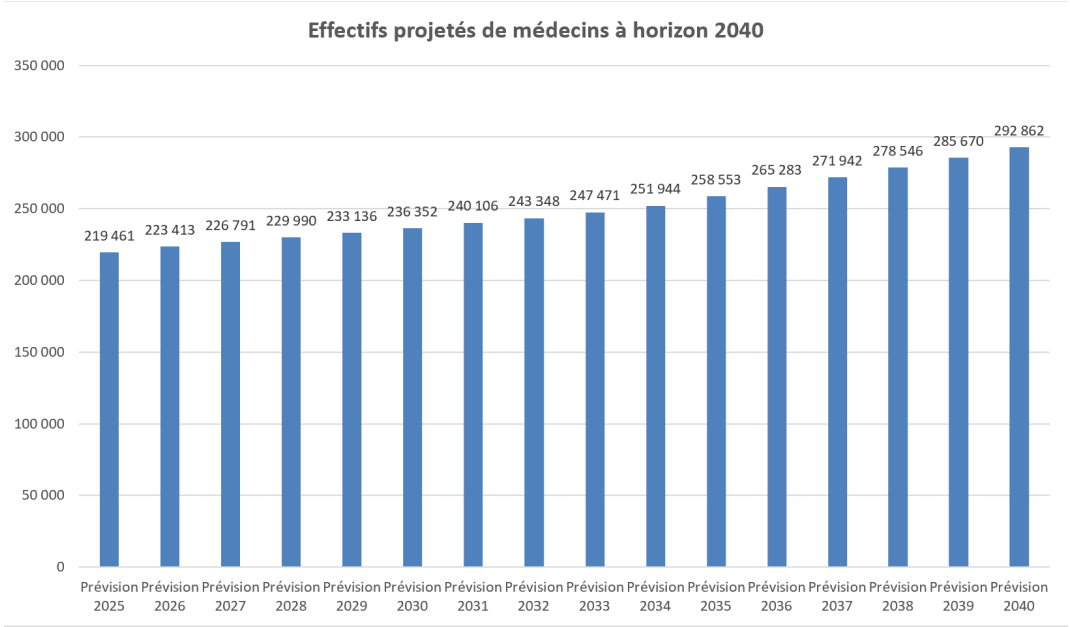
Rompre avec la spirale de la déqualification professionnelle

Notre pays subit depuis des années un énorme problème d'accès aux soins lié notamment au manque de médecins et tout particulièrement de médecins généralistes. Ce phénomène tient évidemment aux effets d'un numerus clausus beaucoup trop strict[12] et dont les conséquences ont été d'autant plus terribles qu'elles se sont produites au moment même où les très nombreux médecins formés avant 1980 sont arrivés à l'âge de la retraite. Cette situation nécessitait d'augmenter le nombre d'étudiants formés à la médecine et c'est ce qui s'est produit de manière progressive à partir du début des années 2000 : nous avons ainsi retrouvé depuis 2018 le niveau historique des 8000 étudiants en médecine formés chaque année comme c'était le cas il y a une quarantaine d'années, chiffre qui a même été porté depuis à plus de 11 000 par an.

[11] Le Conseil d'État est l'instance d'appel des décisions de la Juridiction disciplinaire des hospitalo-universitaires (JDHU), ce qui l'a ainsi conduit à annuler des décisions au motif qu'elles n'étaient pas à la hauteur de la gravité des faits. Le système est cependant baroque car plutôt que de prononcer la sanction de manière définitive, le Conseil d'Etat renvoie l'affaire devant la même JDHU qui doit réinstruire et prononcer une nouvelle sanction.

[12] Le nombre d'étudiants en médecine est passé de plus de 8000 par an à la fin des années 1970 à 3500 par an en 1993. Ce point bas a duré jusqu'en 1998 avant de remonter depuis pour repasser la barre des 8000 seulement en 2018.

Il s'agit là d'une réponse forcément utile compte tenu des besoins même si l'on sait que ses effets ne se produiront qu'au terme d'une formation qui dure 10 ans et parfois davantage. D'ici là, le nombre de médecins en exercice aura déjà fortement progressé compte tenu de l'augmentation des promotions qui ont commencé leurs études depuis 2015 : le Conseil national de l'ordre des médecins projette ainsi que nous passerons de 219 000 médecins en activité[13] aujourd'hui à 292 000 en 2040.



Source : Atlas de la démographie médicale en France, Conseil national de l'ordre des médecins, 2025

Faut-il (et si oui, jusqu'où) continuer d'augmenter encore ce nombre comme certains responsables politiques le proposent, faute peut-être de pouvoir apporter de meilleures réponses à l'impatience de nos concitoyens ? Cette question doit être posée d'abord à la lumière du choc que va induire l'arrivée massive de l'intelligence artificielle dans les métiers du soin et des gains de temps et d'efficacité considérables qu'elle va engendrer dans la pratique clinique. Elle doit l'être également, et de manière plus évidente encore, au regard de ce qui constitue déjà dans notre système une source de gâchis considérable : la course à la déqualification professionnelle.

Pour le dire de manière délibérément abrupte, nos médecins et nos soignants passent une large partie de leur activité à réaliser des tâches qui pourraient être assurées par d'autres professionnels. La moitié de l'activité des infirmières de ville consistent à réaliser des soins

[13] La notion de médecins en activité n'inclut pas les médecins en cumul emploi-retraite qui sont environ 25 000 actuellement.

de nursing qui ne nécessitent pas trois années d'études et pourraient être assurées par des aides-soignants ; de même, beaucoup des consultations de suivi ou de prévention réalisées par nos médecins pourraient très bien l'être par des infirmières spécialisées ou de pratique avancée. Là où un système qui valorise les compétences devrait positionner chaque métier vers le haut de son spectre de compétences, le nôtre a organisé au contraire une spirale descendante.

Cela conduit à une conséquence inévitable qui frappe de plein fouet le parcours d'un agent hospitalier : le peu de perspectives de développement professionnel qui s'ouvrent à lui s'il doit se projeter à long terme. Une infirmière qui rejoint un établissement hospitalier n'a que très peu de possibilités d'évoluer ou alors dans des conditions très exigeantes. Elle peut devenir cadre de santé mais il s'agit là d'un changement de métier qui l'éloigne de la pratique clinique ; elle peut évoluer en restant dans le soin mais il lui faudra repartir deux années complètes en formation pour devenir soit infirmière de bloc ou d'anesthésie, soit infirmière en pratique avancée.

Ces parcours ont été longtemps attractifs, ils le sont moins aujourd'hui, le nombre de candidats prêts à repartir en formation longue après une dizaine d'années d'exercice professionnel se faisant plus rare. Le risque est alors de s'installer dans la routine, de ne plus progresser et d'être rattrapé au bout de 10 à 15 ans par une forme de lassitude et d'envie d'ailleurs. Il s'agit là d'un gâchis d'autant plus injustifiable que ce gisement de compétences constitue en réalité l'une des réponses les plus efficaces et rapidement mobilisables pour faire face à l'augmentation des besoins de santé. Nous devons pour cela envisager une double évolution.

La première est de permettre que l'accès à ces qualifications diplômantes de niveau Bac +5 (IPA, Ibode, Iade) soit facilité et puisse se faire dans le cadre de formations en alternance et en intégrant une part de validation des acquis de l'expérience professionnelle. La seconde est de revenir sur un choix qui a été fait il y a plusieurs décennies de supprimer toute spécialisation dans le cursus des professionnels infirmiers.

Tous les élèves infirmiers sortent aujourd'hui munis du même diplôme et peuvent exercer dans n'importe quelle spécialité, sans nécessité d'un complément de formation. Il n'est pas question de remettre ce principe en cause. C'est après, passées quelques années, que les choses doivent évoluer. **Car une fois engagée dans une discipline comme la**

cancérologie, la psychiatrie, la gériatrie ou bien d'autres encore, une infirmière acquiert de l'expérience et de l'expertise, et celles-ci sont éminemment précieuses. C'est alors que cette spécialisation devrait pouvoir être évaluée et reconnue : d'abord sous la forme d'une extension du champ des tâches et des actes qui peuvent être délégués par le corps médical, ensuite par une valorisation financière qui vienne reconnaître cet engagement.

Cette évolution répondrait à une vraie attente des professionnels et serait de nature à réconcilier le sens du métier, le développement des compétences et l'attractivité salariale. Ce dernier enjeu suppose cependant une réforme de plus grande ampleur.

Faire évoluer le statut des rémunérations pour mieux reconnaître l'engagement individuel

Les hôpitaux publics emploient des professionnels dont les rémunérations et les règles d'avancement sont fixées par un cadre national commun à toute la fonction publique hospitalière. C'est un acquis historique, politique, social auquel la plupart est attaché. Il ne s'agit pas ici de proposer d'en sortir.

Certains pourront regretter ce parti pris en faisant remarquer que faire évoluer nos hôpitaux vers un statut inspiré de celui des établissements privés non lucratifs leur donnerait beaucoup plus de souplesse de gestion. Il est incontestable que le cadre de la fonction publique n'offre pas la même souplesse que celui du privé et il arrive que cela s'avère particulièrement pénalisant, comme l'AP-HP a pu en faire l'expérience récemment de manière particulièrement douloureuse s'agissant de la situation de ses manipulateurs radio.

L'affaire est assez simple. La France a délivré ces dernières années un grand nombre d'autorisations pour de nouveaux scanners et d'IRM mais sans se préoccuper de ce que ce développement de l'offre s'accompagne d'une augmentation équivalente des capacités de formation des techniciens sans lesquels on ne peut procéder à ces examens. Il s'en est suivi une vive concurrence pour le recrutement de ces professionnels, avec une surenchère salariale du privé et du monde de l'imagerie libérale, qui a rapidement vidé les services des établissements publics. Nous sommes là au cœur de l'asymétrie public-privé : un établissement privé ou un cabinet d'imagerie libérale a en effet la possibilité d'ajuster les salaires à la réalité du marché, voire de mettre en place de manière plus ponctuelle une prime

ou un complément de rémunération, le temps de reconstituer ses effectifs ; les hôpitaux publics ne peuvent pas le faire, sauf à encourir les foudres du comptable public. Nous avons évidemment remonté cette difficulté au niveau central – puisque tout se décide au plan national – pour demander un ajustement des grilles salariales ou un dispositif exceptionnel mais cette demande nous a été logiquement refusée car ouvrir un chantier salarial pour une catégorie professionnelle aurait été entrainé mille effets de bords sur toutes les autres.

Ce risque de différentiel salarial se retrouve évidemment pour de nombreux autres métiers de l'hôpital : une infirmière hospitalière à plein temps est aujourd'hui rémunérée, après dix années d'ancienneté, à un salaire moyen de 2733 euros nets par mois[14] (heures supplémentaires exclues) quand une infirmière libérale perçoit un revenu net de 4000 euros par mois (46 % de plus) ; un médecin praticien hospitalier de 40 ans, ayant généralement au moins 8 années d'ancienneté, gagne autour de 5300 euros (hors gardes), soit à peine un tiers de plus qu'une infirmière libérale et alors qu'il pourrait gagner deux à trois fois davantage en libéral ou dans des établissements privés ; si l'on quitte enfin les métiers du soin, nous devons recruter chaque année des ingénieurs, des conducteurs de travaux, des informaticiens, des juristes, des *data scientists*, toutes fonctions sur lesquelles nous recrutons des salariés issus du privé avec d'immenses difficultés pour rester attractifs sur ces compétences très recherchées.

Telle est la réalité. Cela signifie-t-il pour autant que la vie serait plus belle si chaque hôpital public fixait lui-même ses salaires ? Je ne le pense pas. Si les établissements publics sortaient du cadre de la fonction publique, ils devraient retrouver une autre forme de cadre et ne pas tomber dans le mirage que chaque hôpital gagnerait à fixer ses propres rémunérations sur la base de considérations propres. Car au-delà de la question de principe, imaginons un instant les risques de surenchères que cela entrainerait si les 1300 hôpitaux publics français entraient en compétition les uns avec les autres sur le plan salarial, notamment sur les métiers en tension, voire s'ils couraient derrière le privé ou le libéral. C'est d'ailleurs pour l'éviter que les établissements privés se sont dotés de conventions collectives qui les encadrent et les protègent, au moins dans une certaine mesure, de ce risque.

[14] Le salaire moyen à 10 ans d'une infirmière à l'AP-HP atteint 3100 euros nets si l'on intègre les heures supplémentaires réalisées mais il faut noter que celles-ci ont atteint un volume particulièrement élevé au cours des dernières années et qui se réduit depuis l'année dernière.

Sortir du statut n'est donc pas la solution mais l'aménager pourrait l'être. Car le problème n'est pas tant le statut en soi que l'impossibilité actuelle d'apporter à nos agents une quelconque reconnaissance salariale en regard de leur niveau d'engagement, d'efficacité ou de compétence. Cela s'appelle le régime indemnitaire et si les hôpitaux versent déjà un certain nombre de primes, celles-ci obéissent à des règles de gestion nationales qui ne permettent guère de leur donner du sens et de l'ampleur. Il en est ainsi de la prime la plus importante dite « de service » qui est distribuée selon une règle de calcul essentiellement liée à l'ancienneté. Bien-sûr, il ne serait pas impossible de créer un nouveau régime indemnitaire et les pouvoirs publics en ont posé l'intention depuis quelques années mais le risque que l'on peut entrevoir est que sous réserve qu'il aboutisse un jour, il soit enserré dans des règles pointilleuses et contraignantes, comme nous savons si bien le faire.

Ce dont nous aurions besoin, c'est d'un cadre indemnitaire doté de la plus grande souplesse possible et qui laisserait chaque établissement libre de ses règles d'affectation dans la limite d'un budget annuel calculé en pourcentage de sa masse salariale. Ainsi, nous pourrions utiliser ces marges de manœuvre pour à la fois reconnaître les professionnels les plus engagés ou les équipes soumises à des situations ponctuellement très difficiles – ce qui n'est pas possible actuellement – et régler des situations conjoncturelles ou particulières concernant tel métier en tension ou tel recrutement stratégique.

Je sais que de telles pistes qui tendent vers une forme d'individualisation des rémunérations et la prise en compte de la valeur individuelle des professionnels sont loin d'être consensuelles mais si l'hôpital public veut attirer et fidéliser, il devra sortir des logiques « à l'ancienneté » qui finissent par décourager les plus méritants. Cela fait partie des dimensions sur lesquelles le statu quo n'est plus possible. C'est vrai des conditions de travail, cela l'est aussi du modèle hospitalier en termes d'organisation de l'offre de soins, de couverture territoriale et de financement.

II. Deuxième défi : la nécessité d'une évolution profonde du modèle hospitalier pour s'adapter au triple enjeu de la concentration de l'expertise, de la projection territoriale et du virage de la prévention

La dépense de santé liée à l'activité hospitalière, au sens large du terme, a atteint, en 2025, 110 Mds d'euros, soit environ 41 % de la dépense totale prise en charge par l'Assurance maladie. Cela ne constitue en rien un niveau atypique par rapport à ce qu'on observe ailleurs en Europe. La France se singularise en revanche par trois aspects :

- d'abord, un nombre de lits d'hospitalisation[15] qui se situe 40 % au-dessus de la moyenne OCDE ;
- ensuite, un nombre très élevé d'établissements puisque nous en comptons 2900 sur le territoire national (tous secteurs confondus), soit 44 hôpitaux pour 1 million d'habitant, quand ce ratio est de 36 en Allemagne, 33 aux Pays-Bas, 29 au Royaume-Uni, 18 en Italie ou 16 en Espagne[16] ;
- enfin, par la taille modeste de ses établissements puisque 56 % d'entre eux comptent moins de 100 lits et cette proportion ne se réduit pas (elle était de 57 % en 2013).

Là réside l'atypie française : nous avons plus de lits que chez nos voisins, répartis entre beaucoup plus d'établissements, eux-mêmes de plus petite taille. On pourrait y voir un avantage en termes de proximité et donc de meilleure accessibilité. Cela se vérifie mais avec une vraie limite : si 90 % de la population française vit en effet à moins de 15 minutes d'un établissement hospitalier (contre 83 % de la population européenne[17]), il est évident que l'établissement dont ils sont proches ne présente pas la même offre de soins selon qu'il s'agit d'un petit ou d'un gros établissement. Derrière ce chiffre moyen de 15 minutes se dissimulent en réalité des disparités formidables.

L'enjeu se pose d'ailleurs non seulement en termes d'accès à toute la diversité des spécialités médicales et chirurgicales disponibles mais aussi de niveau d'expertise et

[15] Le nombre des lits d'hospitalisation ou des établissements hospitaliers inclus dans ce décompte recouvre l'ensemble des champs : médecine, chirurgie, obstétrique mais aussi psychiatrie et soins de suites et de rééducation.
[16] Rapport IGAS-IGF : « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territorial » - septembre 2025
[17] Rapport public annuel 2026 de la Cour des comptes (chapitre : réorganiser le maillage de l'offre des soins hospitaliers)

d'expérience des équipes médicales. On sait en effet qu'il existe une corrélation très forte entre taille des équipes, niveau d'activité et qualité des prises en charge. Cela a été largement démontré en chirurgie où on constate que la qualité des soins est directement liée au niveau de spécialisation et d'activité des équipes : plus on réalise un acte sur lequel on s'est spécialisé, plus les résultats progressent ; à l'inverse, moins souvent on pratique ce même acte, moins on est capable de faire face à des complications. En termes simplifiés : on ne fait bien que ce que l'on fait souvent.

Il en est de même pour ce qui concerne les prises en charge complexes comme dans le champ des cancers où les patients vont souvent avoir besoin à la fois d'une ou plusieurs chirurgies et de traitements personnalisés faisant appel à de la chimiothérapie, de l'immunothérapie ou de la radiothérapie, sur la base de plus en plus d'analyses génomiques et biologiques. Là encore, les chances de guérison sont sensiblement différentes selon qu'on est suivi dans un petit établissement juste au-dessus des seuils d'autorisation ou dans des grosses structures hyper spécialisées et dotées de toutes les expertises et des équipements nécessaires.

Un rapport de l'Assurance Maladie publié en 2017 a montré que le taux de mortalité à un an des patientes opérées pour un cancer du sein dans un établissement qui pratique moins de 30 actes dans l'année année est supérieure de 84 % à celle des patientes prises en charge dans un établissement qui en réalise plus de 150 par an. C'est ce qui a justifié que les seuils minimums d'activité aient été récemment relevés en France. Il demeure que ces seuils restent très en deçà de ce qui se pratique chez beaucoup de nos voisins européens. Pour prendre le même exemple de la chirurgie du sein, le seuil français est récemment passé de 30 à 70 quand il est depuis longtemps déjà à 100 en Allemagne, en Espagne et en Angleterre. Il en est de même pour la chirurgie des cancers du poumon où la France a fixé un seuil à 40 opérations par an quand les Allemands sont à 75.

Notre atypie est d'autant plus frappante que ces seuils – plus bas qu'ailleurs – ne sont même pas respectés dans un nombre significatif d'établissements : en chirurgie oncologique mammaire, 27 % des établissements autorisés ne respectent pas l'objectif des 70 interventions annuelles ; c'est également le cas de 18 % des sites autorisés en chirurgie oncologique digestive.

C'est ce qui a d'ailleurs conduit de nombreux pays, notamment scandinaves, à mettre en œuvre une politique très volontariste de regroupement afin de créer des pôles hospitaliers

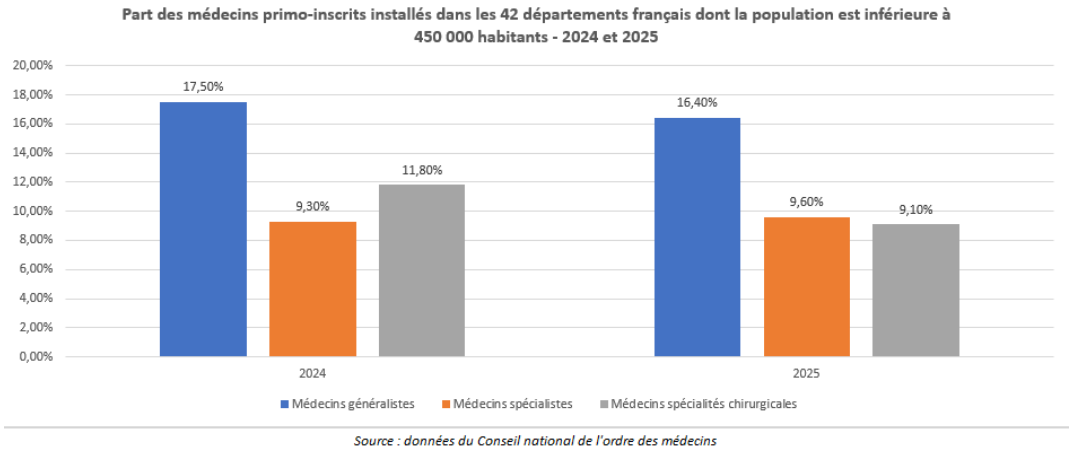
forts et performants, complétés par une offre de soins primaires très structurée pour veiller à la bonne fluidité des parcours. En France, en forçant un peu le trait, nous ne portons en réalité ni l'un ni l'autre et subissons aussi bien les effets d'un maillage inefficace de l'offre hospitalière que d'une organisation défaillante de la coordination ville-hôpital.

Ma conviction est que nous n'aurons pas d'autre choix que d'avancer dans la voie d'une gradation renforcée des soins car les tendances de fond qui sont à l'œuvre vont nous y contraindre nécessairement.

Une tendance inéluctable vers plus de concentration de l'offre hospitalière

Cette contrainte va s'exercer par l'effet d'un phénomène qui est déjà à l'œuvre : la tendance naturelle des médecins spécialistes à s'installer toujours plus dans les métropoles. Ce phénomène ne s'observe pas seulement pour les médecins hospitaliers mais plus largement pour l'ensemble des secteurs libéral et salarié.

Je distingue en effet les médecins spécialistes des médecins généralistes dont les choix d'implantation se répartissent de manière plus équilibrée sur les territoires. Les données de l'ordre des médecins démontrent en effet une vraie différence entre ces deux catégories : si l'on prend la moitié des départements métropolitains les moins peuplés (inférieur ou égal à 450 000 habitants) où vit 16,4 % de la population française et 19,9 % des plus de 60 ans et que l'on vérifie si les choix d'installation en libéral des généralistes et des spécialistes se corrèlent plus ou moins à cette variable démographique, les résultats sont éclairants : ces départements ont accueilli 16,4 % des nouveaux médecins généralistes installés en 2025, soit exactement la même proportion que leur poids dans la population générale, mais seulement 9 % des nouveaux spécialistes.



Source : données du Conseil national de l'ordre des médecins

La primo-inscription : Les primo-inscrits sont les médecins qui se sont inscrits pour la toute première fois à l'Ordre des médecins. Ainsi, les primo-inscrits au 1er janvier de l'année N, se sont inscrits pour la toute première fois à l'Ordre au cours de l'année N-1. La primo-inscription s'effectue principalement en activité régulière ou en activité intermittente.

Cela signifie que les généralistes ont une tendance naturelle à s'installer de manière plus équilibrée sur le territoire et que l'on peut s'attendre à ce qu'avec l'accroissement des effectifs dans les quinze prochaines années, le sujet des déserts médicaux s'estompe progressivement, s'agissant en tous cas de l'accès à un médecin généraliste traitant[18].

En revanche, ce ne sera pas le cas pour les médecins spécialistes. Comment l'expliquer ? La raison la plus évidente est économique : autant les médecins généralistes n'ont qu'exceptionnellement accès au secteur 2, autant c'est le cas des trois quarts des médecins spécialistes qui s'installent aujourd'hui en libéral et cela les conduit inévitablement à privilégier des zones urbaines, et donc plutôt les métropoles, où le pouvoir d'achat des patients leur permet plus facilement qu'ailleurs de payer des dépassements d'honoraires de plus en plus importants.

S'y ajoute un autre facteur qui est à la fois médical et technologique. Il tient au développement d'une médecine de plus en plus dépendante de plateaux techniques lourds, dans les domaines de l'imagerie, de la chirurgie, de la biologique, de la médecine génomique et dans bien d'autres spécialités. Les professionnels sont donc contraints de se regrouper pour pouvoir mutualiser leurs investissements, en partageant le coût de ces équipements. N'oublions pas enfin les effets d'une tendance durable à ce que la médecine s'hyper-

[18] Au-delà de la remontée du nombre de médecins généralistes en activité, l'enjeu sera que ces derniers s'orientent vers un exercice de médecin traitant, au sens du suivi d'une patientèle aussi bien pour des consultations inopinées que pour le suivi au long cours des patients âgés ou atteints d'une maladie chronique. C'est malheureusement de moins en moins le cas puisqu'à peine 70 % des médecins généralistes libéraux s'inscrivent dans cette démarche, les autres privilégiant soit des exercices particuliers (sophrologie, nutrition, etc.), soit une activité pure de consultations non programmées.

spécialise dans une logique d'excellence qui pousse les médecins, dans une discipline donnée, à se concentrer sur un champ particulier de leur spécialité.

Tout cela converge pour rendre de plus en plus improbables et incertains des choix d'installation dans des petites structures, à activité modérée, sans équipe de bonne taille, sans équipement de pointe, sans dynamique de recherche. Et cela vaut encore davantage dans le champ hospitalier.

On pourrait se dire que cette tendance n'est pas acceptable et qu'il serait temps de contraindre les médecins à s'installer là où les élus considèrent qu'ils doivent aller. C'est depuis des années une tentation qui taraude la classe politique mais qui n'est jamais allée jusqu'au bout. D'abord parce qu'elle provoquerait un conflit massif avec les étudiants en médecine, sauf à ne l'appliquer qu'aux futurs étudiants, ce qui renverrait son impact une dizaine d'années plus tard ; ensuite parce qu'une telle réforme s'avérerait inutile pour les médecins généralistes pour les raisons évoquées à l'instant et irait pour les spécialistes à rebours de la tendance que l'on observe partout dans le monde et qui privilégie une offre médicale de plus en plus spécialisée, regroupée et concentrée.

C'est cette évolution naturelle qui conduit à considérer que la France devra trouver le courage de faire évoluer sa carte sanitaire dans les années à venir. Il s'agit bien de courage car tout, depuis presque 10 ans, pousse dans le sens contraire afin de ne pas heurter des élus locaux qui ne voient jamais d'un bon œil la fermeture de leur hôpital ou même la disparition de tel ou tel service.

La représentation nationale en a donné récemment encore une preuve éclatante en votant l'année dernière un moratoire sur les fermetures des maternités pratiquant moins de 300 accouchements par an. Décision à la fois contestable et inutile : elle s'est fondée sur l'idée parfaitement inexacte que c'est la fermeture de ces petites structures qui expliquerait le rebond de la mortalité infantile en France[19] ; elle visait à conjurer un risque de fermeture qui ne correspond plus à la moindre réalité puisque nous avons renoncé depuis plusieurs années, et notamment la crise des gilets jaunes, à fermer la moindre structure hospitalière.

[19] Les études démontrent que la distance entre la maternité et le domicile n'explique pas le rebond de la mortalité infantile en France qui tient à des facteurs multiples dont notamment l'augmentation de l'âge moyen des parturientes et des comorbidités dont elles sont porteuses.

En contrepartie de la concentration, il faut organiser une vraie capacité de projection médicale à l'échelle des territoires

Si nous avons renoncé même à essayer même de convaincre nos concitoyens qui vivent dans des territoires en tension qu'il n'est pas souhaitable de maintenir des établissements sous-critiques en termes d'effectifs, de compétence, d'équipements et in fine de standards de qualité, c'est parce que nous ne savons pas quoi leur proposer en termes d'alternative. Bien-sûr, la logique même d'une restructuration est précisément de consolider l'offre de soins et souvent de l'améliorer en assumant de la regrouper et de la densifier, mais cet argument ne saurait convaincre la population d'une petite ville qui voit partir une offre hospitalière quand, à la place, on lui promet la construction d'un Ehpad ou d'un simple établissement de soins de suite.

Si on en reste à ce type d'alternative, on peut s'attendre à ce que population et élus continuent de s'opposer de toutes leurs forces à ce type de restructurations. Et ce sera parfaitement compréhensible, même si l'offre de santé qu'il s'agit de défendre et la défense de l'égalité d'accès aux soins qui est invoquée sont largement en trompe l'œil.

Pour sortir de ce blocage, nous devons aller plus loin et prendre à bras-le-corps la question de l'accès à la médecine spécialisée. Celle-ci constitue en effet, à la différence des soins primaires, le vrai point de tension, aussi bien en termes de délais de rendez-vous que de distance.

S'agissant des délais, la solution viendra de l'accroissement attendu du nombre de médecins en exercice, de la mobilisation beaucoup plus forte des compétences paramédicales et de l'apport potentiellement majeur de l'intelligence artificielle. De ce point de vue, les prochaines années devraient se traduire par une amélioration réelle de notre potentiel de soins. Mais il reste que cette offre même augmentée sera de moins en moins bien répartie sur les territoires.

Pour répondre à cela, nous devons mieux distinguer deux moments clés dans les prises en charge : celle du diagnostic et du suivi, d'une part, celle des soins aigus, lourds et complexes, d'autre part. Pour ces derniers, chacun peut comprendre qu'il est préférable d'être hospitalisé un peu loin de chez soi afin de bénéficier d'une infrastructure hospitalière très performante ; il est moins justifiable en revanche de devoir se déplacer sur de longues distances pour accéder à un simple avis ou examen spécialisés.

La réforme que nous devons faire est d'organiser un système obligatoire de consultations avancées dans les territoires qui ne disposent pas d'une offre suffisante. Ces consultations avancées existent déjà, elles se pratiquent ici et là, dans le cadre d'initiatives locales, sur la base du volontariat, mais elles peinent à s'étendre et se maintenir dans la durée. Pour pouvoir aller plus loin et répondre aux besoins, il faut dépasser la logique incitative et créer une véritable obligation pour les médecins de consacrer un temps limité (environ deux jours par mois) à des consultations réalisées dans des territoires éloignés des grands centres hospitaliers et des grandes villes.

Cette obligation s'appliquerait aussi bien aux médecins hospitaliers qu'aux libéraux exerçant dans les grands centres urbains et pourrait s'envisager sur une durée limitée de la carrière, passées les premières années d'exercice (par exemple entre la 5e et la 15e année d'exercice). Ces consultations seraient organisées dans des sites (hôpitaux locaux ou autres lieux), dotés d'un équipement médical de base adapté aux différentes spécialités, à tarif opposable évidemment et à une distance raisonnable du lieu d'exercice principal du médecin (maximum 100 kilomètres) pour que le déplacement reste acceptable. La mise en œuvre de ce dispositif supposerait un pilotage territorial fort, associant la puissance publique et les acteurs locaux, afin de définir les lieux, les besoins en spécialités, mobiliser les professionnels et veiller à ce que tout le monde joue le jeu, tout en veillant aux liens nécessaires avec les professionnels de ville du territoire.

On nous dira que cela reviendrait à basculer dans une forme de coercition ; c'est exact mais dans une mesure bien plus limitée et plus acceptable que si l'on voulait contraindre les conditions de l'installation principale. Ce serait même la contrepartie du maintien de cette liberté d'installation mais aussi de la liberté tarifaire du secteur 2 à laquelle nos médecins sont attachés : consacrer une partie de son activité à des consultations avancées mais aussi à des patients qui n'ont pas les moyens de payer des dépassements d'honoraires.

Des hôpitaux plus concentrés mais qui devront aussi prendre le virage de l'ambulatoire et de la prévention si l'on veut relever le grand défi de demain : la prise en charge des pathologies chroniques

Face à l'augmentation des besoins de santé dans les années à venir, il est certain que nous devrons renforcer les capacités de soins, d'abord en ville à travers l'offre de soins primaires (médecin généralistes et paramédicaux) mais aussi au sein des établissements de santé.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il faudra nécessairement réaugmenter le nombre de lits d'hospitalisation, en tous cas pas de manière globale : on voit bien certaines disciplines comme la médecine interne, la psychiatrie et peut-être les soins critiques où les besoins le nécessiteront mais dans la plupart des autres spécialités, les prises en charge devront plutôt se développer sous des formes plus légères, le patient venant à l'hôpital seulement pour la journée, voire à distance selon de nouvelles modalités de suivi « hors les murs ».

C'est ce que l'on appelle le virage ambulatoire et il est déjà bien amorcé au sein de nos hôpitaux. Son potentiel de développement est cependant encore très important, tant en chirurgie qu'en médecine.

L'Assurance maladie estime que la part des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire atteint aujourd'hui 40 % dans les CHU et 50 % dans les centres hospitaliers généraux mais qu'elle pourrait progresser encore de 20 points supplémentaires. En médecine, il n'existe pas de mesure objective de ce que pourrait être le potentiel de développement mais il est certain qu'il est réel et s'étend à mesure que les avancées thérapeutiques le permettent, comme on l'a vu ces dernières années dans certaines spécialités comme la cardiologie, l'oncologie ou la rhumatologie.

Cette perspective fait aujourd'hui consensus mais sa mise en œuvre suppose plusieurs conditions : la première est que ces prises en charge sous forme d'hospitalisation dite de jour soient suffisamment armées en personnel médicaux et soignants pour qu'elles répondent à une vraie exigence de qualité ; la deuxième est que la valorisation financière de ces hospitalisations de jour soit réhaussée de telle sorte qu'il ne soit plus économiquement contreproductif de transformer un séjour classique en hospitalisation de jour, ce qui reste aujourd'hui le cas comme on le verra plus bas ; la troisième est de tirer les conséquences de cette bascule sur les effectifs des services d'hospitalisation classique qui accueillent logiquement des patients de plus en plus lourds et complexes, à mesure que les autres

basculent en ambulatoire. Cela suppose aussi de contenir la durée moyenne des séjours dans ces services, notamment en veillant à l'existence d'un nombre suffisant de lits dans les établissements dits d'aval, spécialisés dans les soins de suite ou la rééducation, et qui sont essentiels au bon fonctionnement de l'ensemble.

Mais le grand défi des années à venir sera de permettre aux hôpitaux d'aller plus loin encore en développant des capacités de suivi « hors les murs » des patients chroniques, c'est-à-dire pendant les périodes où ils sont non pas hospitalisés mais à leur domicile et requièrent cependant un suivi continu et réactif.

Comme j'avais eu l'occasion de le développer dans le précédent article publié il y a un an[20], ce sujet constitue à mes yeux le levier essentiel grâce auquel nous pourrons affronter les décennies à venir. Nous devons inventer de nouvelles manières de prendre en charge les dizaines de millions de malades atteints de pathologies chroniques et qui représentent la très grande majorité de nos dépenses de santé.

Si nous voulons éviter que ce « fardeau épidémiologique » ne nous submerge dans les décennies à venir, en termes de capacité de soins et d'équilibre économique, nous devons rompre avec ce qui fait l'une des singularités de notre système de soins : nous sommes excellents dans les prises en charge aiguës, avec une très haute intensité des soins prodigués[21] mais, à l'inverse, une fois le patient remis sur pied, nous sommes très mal organisés pour assurer son suivi dans la durée de telle sorte que son état reste stable le plus longtemps possible et qu'il ne revienne pas trop vite à l'hôpital, suite à une nouvelle dégradation.

Nous n'y arrivons pas parce que nous ne sommes ni organisés, ni financés pour le faire – ni côté ville, ni côté hôpital et encore moins les deux ensembles. Nous ne disposons d'aucun cadre incitant les acteurs du soin à s'y engager alors même que les dispositifs connectés et numériques se multiplient et nous ouvrent des possibilités qui n'existaient pas il y a à peine dix ans. Nous n'avons pas de priorité assumée autour de cet enjeu alors que de nombreuses expérimentations conduites depuis quelques années dans le cadre de l'article 51[22]

[20] « Santé des Français : sortir de l'impasse », Terra Nova, mai 2025

[21] Les statistiques publiées par l'OCDE font apparaître en effet que la France se singularise par un volume de soins par habitant (nombre d'hospitalisations, de consultations, d'examens, de médicaments, etc.) qui nous situe au 4ème rang des pays occidentaux.

[22] L'article 51 est le nom d'un dispositif créé par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 pour faire émerger des expérimentations de nouvelles organisations de soins, assises sur des financements dérogatoires, dans le champ

démontrent qu'on peut réaliser des économies considérables -comprises entre 20 et 30 % - sur la consommation annuelle de soins d'un patient, selon qu'il est bien suivi ou, faute de l'être, revient régulièrement à l'hôpital pour des séjours longs et complexes[23].

Les hôpitaux ont clairement un rôle à jouer pour faire émerger ces nouvelles organisations qui n'ont rien de très complexe mais supposent la mobilisation d'outils numériques, de données connectées, d'infirmières spécialisées et d'une expertise médicale spécialisée capable de réagir vite en cas de difficulté. Pour autant, il n'est pas question que les hôpitaux fassent tout et agissent seuls. La bonne réponse est donc à construire dans une articulation indispensable avec les professionnels de ville, et notamment les médecins traitants, qu'il ne s'agit en aucun cas de contourner mais au contraire d'aider et de seconder.

Ma conviction est que si ce point de vigilance est bien pris en compte, tous les acteurs de santé gagneront au développement de ce type d'organisations, et au premier chef les patients eux-mêmes, notamment ceux qui vivent dans des territoires où l'accès aux soins est difficile. Car c'est ainsi qu'en complément des consultations avancées évoquées plus haut, nous pourrons répondre à cette exigence de proximité qui concentre l'attente de nos concitoyens sans réelle solution à ce jour. Nos malades chroniques n'ont pas besoin d'avoir à cent mètres de chez eux des médecins dans toutes les spécialités ; ils doivent en revanche pouvoir disposer, quelle que soit leur pathologie et où qu'ils habitent, d'un médecin généraliste traitant et d'un suivi continu et hyper réactif, qui déclenche des interventions, y compris en proximité, chaque fois qu'une alerte le justifie. Cela s'appelle la révolution numérique avec en relai des organisations territoriales qu'il s'agit de faire naître à très large échelle, dans une logique de coopération ville-hôpital.

Il est maintenant urgent de lancer le mouvement et de sortir des éternelles expérimentations qui se succèdent sans jamais passer à l'échelle. Il faut construire à partir de leurs évaluations un dispositif plus large, à l'échelle nationale et qui pourrait s'appliquer selon le même modèle aux principales pathologies courantes, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, les plaies complexes, les

du suivi des pathologies chroniques. Ces expérimentations sont autorisées pour 5 ans, donnent lieu à une évaluation et, selon les résultats, ont ensuite vocation à être étendues ou généralisées.

[23] L'expérimentation menée à l'AP-HP sur l'insuffisance cardiaque sévère démontre que les dépenses d'hospitalisation des patients pris en charge dans le programme de suivi se réduisent de 6 940€ sur les 12 mois avant l'inclusion à 4 401 € sur les 12 mois après l'inclusion soit un différentiel de 2539€

maladies respiratoires et bien d'autres encore, sans oublier la prise en charge de la polypathologie de la personne âgée[24].

Cela suppose pour démarrer de pouvoir rémunérer ce suivi et cette coordination qui ne sont aujourd'hui financés pour aucun des acteurs : hôpitaux comme professionnels de ville ne sont pour l'instant rémunérés que lorsqu'ils réalisent des actes, reçoivent en consultation ou accueillent des patients pour les hospitaliser. **Il nous faut donc créer un nouveau cadre de financement qui nous permette d'agir. L'AP-HP proposera d'ici septembre prochain un cahier des charges qui pourrait nous permettre de démarrer dès l'année prochaine**.

Il s'agira d'une première pierre à une réforme du financement qu'il faudrait mener plus largement sans tomber pour autant dans le piège des fausses solutions.

3. Troisième défi : doter l'hôpital de règles de financement qui favorisent sa capacité à se moderniser sans céder à la tentation du big bang et des usines à gaz

Il existe sur les sujets de santé un grand mirage qui revient régulièrement, déchaine les passions et finit par s'éloigner jusqu'à sa prochaine réapparition. Ce mirage porte sur la gouvernance du système qui serait la cause tous nos maux. Cette gouvernance est hautement perfectible en effet : elle est incroyablement éclatée, enserrée dans un jeu de contraintes souvent étouffantes, pour les uns trop centralisée, pour les autres en manque d'un vrai pilotage, en tous cas certainement trop lente et trop complexe. Il y aurait certainement beaucoup à dire et à faire mais tel n'est pas l'objet de ce texte.

J'ai pour autant la conviction que si l'on pourrait certainement faire mieux, ce sujet n'est en réalité ni le premier des problèmes, ni donc la première des priorités. Car le vrai sujet du système de santé, c'est d'abord et avant tout celui de son financement. C'est fondamentalement de cela que dépendent les conditions d'exercice des professionnels, leur choix d'orientation et d'installation, le levier d'une transformation des organisations et des pratiques, la capacité à investir et à favoriser l'innovation, sans oublier bien-sûr la maîtrise des déficits.

[24] Je ne mentionne pas ici le cancer qui bénéficie déjà de dispositifs de suivi relativement élaborés

Le financement des hôpitaux n'a besoin ni d'un big bang ni d'usines à gaz mais d'une profonde mise en cohérence

Pour beaucoup, tous nos maux seraient instantanément résolus si nous procédions à un big bang des modes de rémunération. L'idée repose sur un constat juste : le financement des soins est en France assis sur une tarification construite essentiellement sur l'activité, qu'il s'agisse de la valorisation des séjours hospitaliers, des actes techniques et des consultations médicales. Cette approche a le mérite de financer une production réelle de soins mais présente aussi de vrais inconvénients : elle pousse par définition à l'activité, n'intègre pas la logique de prévention et ne favorise pas la coordination des acteurs et la délégation de tâches.

De là ont émergé de nombreuses pistes pour substituer à cette notion d'activité des systèmes de financement alternatifs fondés sur des logiques de forfait ou de dotation populationnelle[25]. Tout cela est intéressant mais deux grandes raisons invitent à la prudence.

La première est qu'une bonne partie des soins ne pourront jamais vraiment être valorisés autrement qu'à l'acte : ce sont toutes les prises en charge ponctuelles, médicales et chirurgicales, et elles sont en réalité très nombreuses. La deuxième raison est que les dotations populationnelles peuvent conduire à des usines à gaz épouvantables dans leur mode de calcul et surtout dans leurs règles de répartition entre les établissements – publics et privés – d'un même territoire, car si certains ont une vocation locale, d'autres comme les CHU reçoivent des patients de toute la région.

Les tentatives récentes réalisées dans le champ des urgences, de la psychiatrie ou encore de la médecine de réadaptation (SMR) offrent la parfaite illustration que lorsqu'on rend un modèle trop complexe et dénué de critères objectifs et incontestables, cela se termine en négociations de marchands de tapis entre les différents établissements et par des remises en cause incessantes, d'une année à l'autre, des critères de répartition.

[25] Une dotation populationnelle revient à financer un établissement ou un groupe d'établissements situés sur un même territoire sur la base d'une dotation qui n'est pas la résultante d'une activité constatée mais d'une enveloppe théorique calculée à partir de critères démographiques et sanitaires.

Je ne suis pas convaincu qu'il soit nécessaire ni même possible pour les hôpitaux de sortir de la tarification à l'activité (T2A). N'oublions pas d'ailleurs qu'elle ne représente plus qu'environ la moitié de nos recettes et que si elle a été si critiquée au sein des communautés hospitalières, c'est aussi et surtout parce que cette tarification a été utilisée par les pouvoirs publics pour contenir les dépenses des hôpitaux. La T2A s'est ainsi retournée contre les hospitaliers à partir du moment où les tarifs se sont mis à baisser chaque année, à tel point que dans beaucoup de situations ou de type de séjours, leur niveau ne couvre même plus les charges des établissements et leur permet encore moins de dégager l'autofinancement nécessaire à leurs investissements.

C'est ainsi le cas des prises en charge particulièrement sensibles que sont les activités de réanimation et soins critiques adultes mais aussi les activités de pédiatrie, de périnatalité et de néonatologie. Ce n'est pas le moindre des paradoxes que ces services, si essentiels en cas de crise, soient aujourd'hui parmi les moins bien financés.

Tel est aussi le cas des activités ambulatoires, aussi bien en médecine qu'en chirurgie, alors même que tout le monde considère qu'il est hautement prioritaire de les développer. Pourtant, le récent rapport IGAS – IGF sur l'efficience hospitalière démontre que le niveau des tarifs des hospitalisations de jour en médecine ne suffit pas à couvrir les coûts engagés par les établissements, en tous cas publics et privés non lucratifs[26].

La première des réformes à faire serait donc de mettre en cohérence les tarifs et les coûts, en revalorisant les activités sous financées, notamment dans le champ des soins critiques et des activités ambulatoires, afin que non seulement elles couvrent les charges des établissements mais puissent contribuer au financement des investissements. Une manière de couvrir le coût de cet alignement serait d'abord d'ajuster à la baisse quelques tarifs, notamment en chirurgie, en radiothérapie ou en néphrologie qui sont aujourd'hui très bien valorisés. Une autre manière découlerait des effets d'une concentration assumée de l'offre sanitaire qui réduirait les coûts de structure attachés à des activités de mauvaise qualité répartis partout sur le territoire.

[26] Selon ce rapport, les tarifs des séjours de médecine en hospitalisation de jour ne couvrent que 97,8 % des coûts des hôpitaux publics liés à ces prises en charge. Pour les activités interventionnelles réalisées en ambulatoire, la couverture des charges n'atteint que 88,1 %.

Mais au-delà de cette mise en cohérence, il ne s'agit pas de théoriser le statu quo. Il faut aussi avancer pour faire émerger de nouvelles règles de financement qui permettent de favoriser les démarches de prévention et de mieux valoriser la qualité des soins dispensés dans les établissements.

S'agissant de la prévention, elle porterait sur l'amélioration du suivi des patients, dans les conditions exposées plus haut : **plutôt que de valoriser chaque acte ou chaque consultation, un établissement serait financé pour le suivi global d'une file-active de patients, permettant d'intégrer tout ce qui relève de la surveillance, des interventions à distance ou encore de l'éducation thérapeutique**. Cela ne pourrait s'envisager que pour certains patients – ceux atteints d'une maladie chronique –, et pour certaines structures – celles qui peuvent assurer ce suivi dans la durée, qu'il s'agisse par exemple d'un service de diabétologie à l'hôpital ou d'une maison de santé pluridisciplinaire en ville. On observera que dans les deux cas, on reste finalement sur une notion d'activité puisque la rémunération est assise sur un nombre déterminé de patients, le cas échéant corrigé d'un certain niveau de sévérité.

Dans le fond, nul besoin de tout revoir ou tout réinventer : un bon système doit à la fois financer de l'activité réelle, assurer de la clarté et de la stabilité pour les acteurs, et ensuite combiner plusieurs logiques pour ne pas tout faire reposer sur les volumes mais aussi valoriser ce qui ne l'est pas aujourd'hui ou insuffisamment, c'est-à-dire la prévention et la qualité des soins. Car c'est en progressant dans ces deux directions que nous parviendrons à mieux maîtriser la dynamique naturelle de nos dépenses.

S'agissant des actions de prévention liées au suivi des patients chroniques, nous avons vu plus haut ce que pourraient être les conditions pour changer d'échelle. S'agissant de la qualité des soins et la manière de mieux la reconnaître, nous n'en sommes là encore qu'au stade des balbutiements, alors qu'il s'agit de la même manière d'un élément clé pour améliorer les prises en charge et réduire les dépenses évitables. Car on ne le dira jamais assez : la non qualité coûte très cher. Pour n'en prendre qu'un exemple, l'OCDE estimait en 2017 que 10 % des dépenses hospitalières seraient la conséquence d'erreurs médicales évitables ou liées à des infections nosocomiales.

La France a commencé à introduire une part de financement des hôpitaux visant à valoriser les démarches de qualité mais la dotation (dite IFAQ) qui y est consacrée ne représente que 0,6 % des ressources annuelles des établissements. Autant dire que le signal économique

lié à ce dispositif est sans effet sur les établissements et encore moins au sein des services de soins où se joue l'amélioration des pratiques. **Faisons déjà progresser cette enveloppe, ne serait-ce qu'en la situant autour de 5 % du budget total, et l'on verrait que l'effet de levier que cela permettrait suffirait à faire bouger les lignes.**

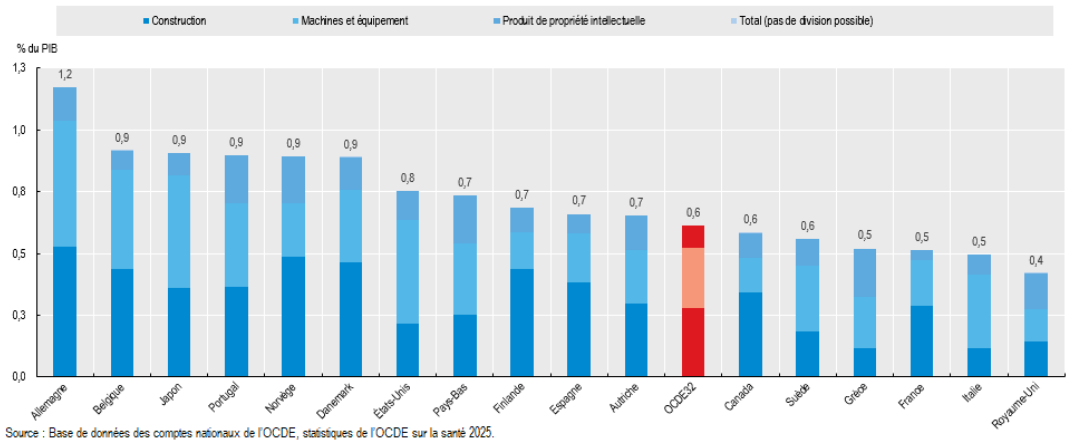
Inscrire la dynamique d'innovation au cœur du réacteur hospitalier

Le progrès médical entre dans une phase d'accélération, les avancées technologiques également, le potentiel induit par l'analyse des données massives dans le domaine de la santé ouvre des perspectives inédites. Nos établissements doivent rester dans la course.

Ils doivent aussi, et plus largement, mettre à niveau leurs bâtiments et leur parc d'équipements médicaux. Sur ce point, la France a connu malheureusement une longue période de sous-investissement qui, là encore, nous a distingués des autres pays européens, sans même parler des Etats-Unis ou de la Chine.

L'OCDE calcule chaque année le niveau d'investissement dans les différents systèmes de santé. Son dernier rapport indique que si la France investissait en 2013 un peu plus que la moyenne des autres pays (0,6 % du PIB), notre niveau d'effort a évolué à la baisse sur les dix dernières années et nous situe aujourd'hui à 0,5 % du PIB, quand l'Allemagne est à 1,2 %, la Belgique, le Portugal ou le Danemark à 0,9 %, l'Espagne et les Pays-Bas à 0,7 %. Quand tous les autres pays ont investi davantage, nous sommes restés stables.

Dépenses annuelles en capital consacrées à la santé et l'action sociale en pourcentage du PIB, moyenne sur 2021-24 (ou année la plus proche), par type d'actif

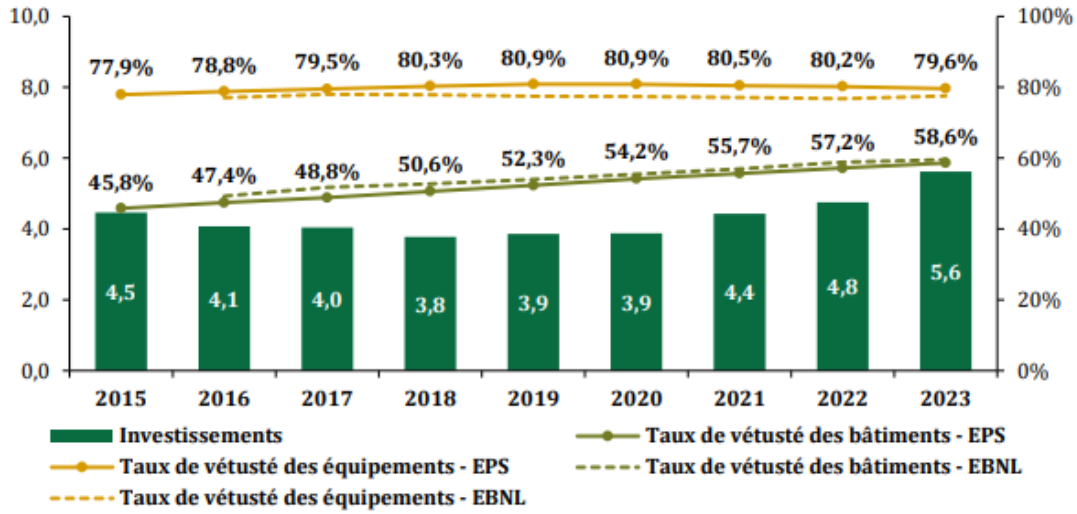


Source : Base de données des comptes nationaux de l'OCDE, statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

On aurait pu l'entendre si nos hôpitaux étaient en parfait état tant sur le plan immobilier que par le niveau de leurs équipements. Ce n'est malheureusement pas le cas : le taux de vétusté

des équipements est actuellement de 79,6 %, certes en très légère baisse depuis 4 ans ; celui des bâtiments ne cesse de progresser puisqu'il est passé de 48,8 % à 58,6 % entre 2015 et 2023[27].

Graphique 3 : Évolution des indicateurs d'investissement des établissements publics de santé sur la période 2015-2023 (en Md€ et en %)



Source : DIAMANT (cube DGFiP et cube Finance), traitements et calculs de la mission.

Les besoins d'investissement ne se limitent pas aux seules questions de renouvellement des équipements médicaux ou de rénovation des bâtiments. Ils portent aussi sur notre capacité à rester dans la course sur le plan de l'innovation médicale car celle-ci s'accélère en effet dans de nombreux champs : génomique avec des séquenceurs à haut débit ou capables d'analyse le génome entier, imagerie avec l'arrivée de scanners à comptage photonique moins irradiants et plus précis, radiothérapie avec des machines toujours plus précises qui permettent de réduire le nombre de séances, médecine nucléaire avec des équipements à large champ, mais aussi, toujours et encore, en chirurgie avec la multiplication des innovations robotiques.

[27] Rapport IGAS-IGF : « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territorial » - septembre 2025

Ces machines de nouvelle génération ont ceci de commun d'être toutes beaucoup plus chères que les précédentes[28] et l'inflation des prix qu'elles entrainent constitue une donnée qui s'impose lourdement aux établissements[29].

Au-delà des innovations technologiques, l'autre grande évolution, et même révolution, dans laquelle la médecine est engagée, c'est évidemment celle de l'intelligence artificielle. Les algorithmes d'aide à la décision vont progressivement s'insérer dans le quotidien de nos services cliniques et cela pose deux questions lourdes de conséquences.

La première est la qualité de ces algorithmes : elle va dépendre directement de celle des données sur lesquelles ils ont été entrainés et renvoie ainsi à notre capacité à nous doter d'infrastructures de collecte, de qualification, de structuration et de mise en commun des données de santé. La France a pris du retard au cours des dernières années faute d'avoir mis en place un cadre stratégique clair. Les centres hospitalo-universitaires se sont engagés dans la création d'entrepôts de données mais, jusqu'à peu, ils ont financé ces investissements sur leurs propres budgets sans soutien économique spécifique. Nous devons passer maintenant à la vitesse supérieure.

La seconde porte sur les enjeux de souveraineté qui vont bien au-delà de la maîtrise des conditions de stockage des données. Car la clé est autant la souveraineté de la donnée que celle des algorithmes. Ceux-ci se diffuseront dans toutes nos organisations et s'intégreront dans notre quotidien. Qui en seront les propriétaires ? Serons-nous dans un monde d'IA ouverte, plurielle, où il sera possible de facilement développer des IA locales ou de changer d'IA au fil de l'eau ? Ou bien vivrons nous dans un monde où l'IA sera verrouillée par quelques grands acteurs mondiaux, comme on l'a connu depuis 20 ans dans le champ des systèmes d'informations et des services numériques ? Selon le scenario, ce n'est pas la même histoire, ni en termes de dépendance, ni en termes de risque économique. La priorité est donc que les grands établissements hospitaliers se mettent en capacité de développer leurs propres solutions d'intelligence artificielle, forcément en partenariat et y compris avec des acteurs industriels. Ce ne sera pas possible pour tous les usages bien-sûr mais l'objectif est bien de

[28] A titre d'exemples : un scanner à comptage photonique coûte environ 2,7 M€ quand un scanner classique se situe autour de 1 M d'euros ; l'acquisition d'un robot chirurgical de nouvelle génération doté d'un bras unique coûte 2,4 M€ quand le modèle précédent (multi-bras) atteignait 1,1 M€ ; un TEP-scan grand champ coûte 10 M€ quand sa version antérieure atteignait 2,8 M€.

[29] Même si ceux-ci gagneraient à mieux évaluer la justification de ses augmentations de prix par des études en vie réelle de l'impact médico-économique de ces nouveaux équipements.

préserver une forme d'autonomie aussi bien technologique que financière. Cela suppose d'investir dans les systèmes d'information qui ne représentent que 1,5 % du budget des hôpitaux français[30] quand cette part atteint un niveau facilement deux fois supérieur dans les grands établissements européens et américains (4 % à Lausanne ou 8 % à la Mayo Clinic).

Face à tous ces défis, il est donc urgent et incontournable de restaurer la capacité des établissements à investir pour rester dans la course en matière d'innovation et de recherche, proposer à leurs patients des conditions d'hospitalisation acceptables et offrir enfin à leurs professionnels un cadre d'exercice à la hauteur de leur engagement et de leur expertise.

A défaut de proposer les mêmes salaires que dans le privé, les hôpitaux publics doivent au moins pouvoir donner corps à la promesse d'une forme d'excellence médicale, technologique et scientifique. Cet enjeu n'a en réalité rien d'anecdotique, il est le socle même sur lequel les centres hospitalo-universitaires (CHU) ont été fondés en 1958 et ont construit leur attractivité.

Cela devra s'accompagner bien-sûr aussi d'un effort d'efficience. Cette question de la performance n'a rien d'un tabou. Elle est comprise au sein des communautés professionnelles qui s'y engagent sans difficulté, car les marges d'amélioration et d'économies existent et sont même importantes. Les équipes sont d'ailleurs les premières à les connaître et à pouvoir les mobiliser. Mais à une condition : ne pas mettre à mal les conditions de travail, ni obérer la dynamique des projets et surtout maintenir une perspective d'ambition et de progrès, à la hauteur des enjeux de demain.

Qualité, prévention, innovation, c'est autour de ces trois priorités que les hôpitaux doivent s'engager dans un changement de paradigme et avec eux notre système de santé dans son ensemble.

L'objectif est de sortir d'un modèle fragile, coûteux et in fine perdant où les établissements, trop nombreux, trop petits, insuffisamment financés par le niveau des tarifs, n'ont pour seule planche de salut que de multiplier le volume des actes et des séjours, en pesant sur les conditions d'exercice de leurs professionnels et sans pouvoir dégager suffisamment de marge budgétaire pour investir et innover.

[30] Cela varie forcément selon les établissements mais dépasse rarement 2,5 % qui est le niveau actuel de l'AP-HP

Un autre modèle, plus robuste, sobre et attractif, est possible : il reposerait sur des établissements dotés d'une masse critique suffisante pour garantir un haut niveau de qualité des soins, une gestion des ressources optimisée et des conditions de travail préservées ; des établissements capables de projeter des forces médicales en proximité et d'assurer un vrai maillage territorial en termes d'accès aux soins ; des établissements incités enfin à prendre le virage d'une médecine plus ambulatoire et préventive qui seule permettra de freiner les dépenses de santé.

Ce modèle vers lequel nous devons basculer pourra soigner autant de patients, voire davantage, mais il le fera différemment, avec moins d'hospitalisations classiques et plus de suivi itératif ou à distance. Il devra s'appuyer sur un nouvel équilibre entre maîtrise des prix et maîtrise des volumes en partant de l'idée que c'est en favorisant des organisations et des pratiques qui réduisent le recours évitable aux soins que l'on pourra freiner le plus efficacement les dépenses de santé. Ma conviction est que ce nouveau paradigme est le seul à même d'assurer la soutenabilité de notre système de santé dans la durée.

Cela suppose cependant une vision stratégique pluriannuelle et une forme de consensus sur les grands principes et objectifs qui la fonderont. Reste à fixer cette feuille de route. Espérons que les prochaines échéances démocratiques contribueront à faire émerger ce sujet et en préparer les conditions. Ce texte, comme le précédent publié il y a un an, se propose d'y contribuer. Il ne prétend ni couvrir toutes les dimensions d'une politique de santé, ni épuiser toutes les pistes et propositions possibles. Il vise surtout à nourrir le débat et susciter d'autres contributions.

Nous en avons besoin. Car le sujet de la santé a une singularité : il est complexe et cette complexité doit être assumée. Ce n'est qu'ainsi qu'on sortira des solutions gadget ou des annonces sans lendemain qui finissent par nourrir un sentiment d'impuissance. La réforme de notre système de santé appelle en effet une action de fond, dans la durée et qui parvienne à rassembler l'ensemble de ses acteurs et parties prenantes. Ils y sont d'ailleurs prêts.

Face aux défis qui nous attendent, nous n'aurons pas d'autre choix.

terra nova
LE THINK TANK PROGRESSISTE