



Rencontres Dauphine Santé

DAUPHINE
UNIVERSITÉ PARIS

Actes

2ème débat contradictoire Cycle la santé en France 2012-2017

Mardi 31 janvier 2012

L'hôpital, Le Management :

La solution ou le problème ? Vers quel modèle ?

*Avant le premier tour des élections présidentielles, l'association DESSEIN (Dauphine EcoSanté Social Entente et Idées Nouvelles) a organisé dans le cadre des Rencontres Dauphine Santé, un cycle de débats contradictoires à l'Université Paris-Dauphine « **La santé en France : 2012-2017** » en présence de politique, de professionnels, d'universitaires et d'étudiants.*

Pour tous renseignements : Dr Christine Roullière-Le Lidec, médecin, docteur en sciences économiques, présidente de DESSEIN, christine.roulliere@wanadoo.fr

© Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite ou transmise sous aucune forme ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, par photocopie, enregistrement ou par quelque forme d'entreposage d'information ou de système de recouvrement, sans la permission écrite de l'auteur.

Introduction	3
Claude LE PEN, professeur en économie à l'université Paris-Dauphine	3
Laurent BATSCH, Président de l'Université Paris-Dauphine	3
Gérard DE POUVOURVILLE, professeur en économie, titulaire de la chaire ESSEC	4
« 5 minutes » pour exposer la vision politique sur l'hôpital de l'UMP, du Parti Socialiste, du Nouveau Centre et d'Europe Ecologie Les Verts	7
Gérard BAPT, Député de Haute-Garonne, cardiologue	7
Philippe JUVIN, Député européen, chef de service des urgences de l'HEGP	9
Jean-Luc PREEL, député de Vendée, chef de service hospitalier	10
Jean-Luc VERET, Président de la commission nationale Santé Europe Ecologie Les Verts	13
L'hôpital et ses missions	17
Gérard VINCENT, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France (FHF)	17
Yves-Jean DUPUIS, Délégué Général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), à but non lucratif	19
Jean-Loup DUROUSSET, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)	24
Rachel BOCHER, psychiatre, Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers	26
André GRIMALDI, Chef du Service de diabétologie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière	29
Alain Michel CERETTI, conseiller Santé, Défenseur Des Droits	33
L'hôpital et sa gestion	38

Introduction

Claude LE PEN, professeur en économie à l'université Paris-Dauphine

Nous allons commencer cette seconde session de nos trois journées consacrées au débat préélectoral sur la santé. Je vous remercie d'être si nombreux pour sa deuxième session. Lorsque nous avons conçu cela avec Christine Roullière-Le Lidec, nous nous étions dit que le débat politique tournerait vraisemblablement autour de trois questions. La première est la désertification, la démographie médicale, et l'accès aux soins en ambulatoire. La deuxième est la question de l'hôpital public, et plus particulièrement la gestion de l'hôpital public. La troisième question concerne les restes à charge, ainsi que les modes de financement. Cela n'a pas manqué. Ce sont exactement les trois thèmes qui ressortent dans les différents discours des uns et des autres lorsqu'ils abordent la santé.

Nous avons traité la dernière fois de l'accès aux soins, des maisons médicales et de la démographie. C'est aujourd'hui au tour de l'hôpital public d'être un peu sur la sellette. Le plan sera le même que la dernière fois, mais également que la prochaine fois. C'est-à-dire qu'après un petit rappel des lieux que fera mon collègue Gérard de Pourville. Nous donnerons la parole aux représentants des forces politiques qui sont autour de la table, à savoir : Gérard Bapt, député de Haute-Garonne et cardiologue, Philippe Juvin, médecin hospitalier et député européen pour l'UMP, Jean-Luc Prél, également médecin hospitalier, député de Vendée et du Nouveau Centre, et Jean-Luc Veret, également médecin – nous avons quatre élus médecins – de santé publique, et Président de la commission nationale santé Europe Ecologie Les Verts.

Après ce premier tour destiné à avoir « la vision politique », nous ouvrirons le débat avec des représentants des fédérations hospitalières, des représentants des usagers, des médecins et des personnels des hôpitaux, avec Rachel Bocher, Alain-Michel Céretti, Yves-Jean Dupuis pour la FEHAP, Jean-Loup Durousset pour la FHP, André Grimaldi, et Gérard Vincent. Nous avons réparti notre débat en deux temps, à savoir un premier temps sur les missions, et un deuxième temps sur la gestion. A quoi sert, et comment gérer, l'hôpital public ? Voilà le plan de la matinée. Nous allons commencer sans autre forme de procès. Le Président de l'université va venir nous dire un petit mot.

Laurent BATSCHE, Président de l'Université Paris-Dauphine

Bonjour. Je voulais simplement tout d'abord vous saluer, et vous remercier de votre présence et de votre engagement. Je voudrais vous dire que je ne loupe jamais l'ouverture d'un séminaire DESSEIN, et l'occasion de saluer d'éminents professionnels. En regardant le titre de votre séminaire ou de votre conférence, je me disais qu'il y aurait quelque chose à faire dans une autre session. Nous pourrions ainsi également traiter « L'université, le management : la solution ? Le problème ? » Je trouve que du point de vue de ce que nous pourrions appeler le management public, qui existe et qui est un domaine passionnant, nous pourrions peut-être un jour organiser « L'hôpital, l'université, le management : la solution ? Le problème ? » C'est une proposition que je vous fais. Bonne journée.

Claude LE PEN

La solution, le problème, c'est un peu le dilemme devant lequel nous nous sommes trouvés. Nul n'ignore que l'hôpital est souvent considéré comme un lieu où des gains de productivité sont possibles et réalisables. Il y aurait des actes inappropriés. Il y aurait des séjours plus sociaux que médicaux. Il y aurait des statuts du personnel qui ne seraient pas d'une souplesse extraordinaire. Il y aurait une répartition sur le territoire qui ne sera pas elle-même optimale. Il y aurait des établissements qui seraient en sous-effectif, et d'autres éventuellement en sureffectif. Pour résumer, il y aurait un tissu hospitalier qui pourrait être plus efficient, et qui pourrait délivrer davantage pour des moyens identiques.

La solution à ce genre de problème est le management, faire des choix, ouvrir, fermer, regrouper, motiver, évaluer, mesurer, donc des actes de gestion. D'un autre côté, la gestion signifie des contraintes. Cela signifie imposer des obligations aux personnels, éventuellement de la mobilité, des obligations de résultat. Cela signifie d'un certain point de vue s'inspirer des méthodes qui ont fait leurs preuves ailleurs, et notamment dans l'entreprise. Cela reviendrait à transformer l'hôpital sinon en entreprise, du moins en organisation avec un management, une direction, un *reporting*, et donc avec des outils de gestion. Mais à quel prix et à quels risques ? Cela ne revient-il pas de ce point de vue à dénaturer la mission de l'hôpital ? D'un certain point de vue, n'y a-t-il pas cette espèce de limite au paradigme gestionnaire qui est de toucher à la mission d'accueil, la mission sociale, la mission de santé publique de l'hôpital ?

Depuis plusieurs années, il y a eu sans conteste une montée de cette fonction gestionnaire à l'hôpital. Lorsque j'ai commencé l'économie de la santé, j'ai encore connu une situation dans laquelle les directeurs d'hôpital étaient vraiment une fonction assez secondaire. Ce n'est plus le cas. Le directeur est même devenu quelqu'un d'important. La qualité du recrutement a changé. Les modes de tarification ont changé. Les modes d'organisation ont changé. Nous avons parcouru un chemin important en 20 ans. Nous avons créé les ARS. Les structures internes des hôpitaux ont changé avec la loi HPST. De nouvelles catégories, dont des catégories juridiques, ont été créées. Les métiers de gestionnaires, de médecins et d'agents hospitaliers ont changé.

Voilà un peu ce dont nous voulons faire le bilan aujourd'hui. Je vois Gérard de Pouvourville qui vient d'arriver. Il va donc peut-être compléter ce que je viens de dire. Il aura un petit peu moins de temps que prévu du fait de son retard. Gérard, tu as deux minutes pour compléter la problématique de l'hôpital public en France aujourd'hui dans le débat électoral.

Gérard DE POUVOURVILLE, professeur en économie, titulaire de la chaire ESSEC

Mille excuses. Comment analyser le clivage gauche-droite pour simplifier le débat électoral autour de l'hôpital public ? Il n'y a en réalité pas beaucoup de différences. Les politiques qui ont été menées jusqu'à présent en matière de réforme de la régulation de l'activité du secteur hospitalier public sont des politiques qui renforcent au niveau national, et pas simplement au niveau de l'hôpital, le rôle de l'Etat dans cette régulation, et dans une certaine façon la prise de contrôle du système hospitalier public. Je pense que cette tendance longue et lourde aura été d'une certaine façon adoptée aussi bien par la droite que par la gauche au cours du temps. Il y a

donc cette tendance lourde à l'étatisation, dont je n'ai jamais entendu dire qu'elle n'était remise en cause ni par des partis de droite, ni par des partis de gauche. Il me semble que c'est une tendance de fond.

Cela engendre une traduction au niveau du management des hôpitaux, à savoir que derrière un discours un peu paradoxal consistant à dire que les établissements hospitaliers publics doivent adopter des pratiques de management efficaces, et doivent se comporter au fond comme des acteurs autonomes et indépendants déployant des stratégies, et manageant réellement leur hôpital, il y a en même temps clairement une mainmise des instances de régulation de l'Etat de plus en plus forte sur l'hôpital. Les marges de manœuvre en matière de management de l'hôpital, surtout en période de crise économique et de contraintes budgétaires, sont finalement relativement faibles. Non seulement elles sont relativement faibles, mais d'une certaine façon, par le biais des ARS, l'Etat intervient finalement en forçant la main aux établissements hospitaliers sur les opérations de restructuration du tissu hospitalier. En effet, les hôpitaux publics tout seuls, qui sont finalement très attachés à leur identité et à leur ancrage dans un territoire, de même qu'à l'autonomie de leurs équipes médicales, etc., sans contrainte extérieure, ne vont pas nécessairement spontanément dans la coopération, et surtout dans la coopération inter-hospitalière au sein du secteur public.

Il faut effectivement que la tutelle de l'Etat mette la pression pour que certains établissements publics aujourd'hui, qui sont voisins et concurrents, arrêtent de se regarder en chiens de faïence, et se disent : « pour préserver notre outil de travail commun, il va falloir que nous trouvions des terrains d'entente, et que nous nous répartissions d'une certaine façon nos bassins de chalandise et nos activités, de telle façon à survivre globalement ». Il s'agit d'une tendance lourde. La question forte dont je ne connais pas la réponse, qui pourra peut-être être apportée par les élus de gauche ici présents, est qu'il y a quand même aujourd'hui un leitmotiv poussé par le gouvernement depuis la réforme de 2009, qui est de dire que les Français recourent trop à l'hôpital. Par rapport à ce qui se passe dans d'autres pays étrangers, les Français recourent trop à l'hôpital. Nous sommes donc quand même aujourd'hui avec une volonté assez nette et assez affirmée, de la part des pouvoirs publics, de diminuer les capacités d'accueil, ou en tout cas de transformer durablement et notablement la capacité d'accueil des établissements hospitaliers publics, et également de trouver des alternatives moins coûteuses à la prise en charge. Il y a donc véritablement effectivement une tentative de restructuration et de diminution de la capacité d'accueil des établissements publics, avec l'espoir d'une certaine façon que les formes regroupées seront globalement plus efficaces, et que la demande de soins hospitaliers, qui s'adresse à la fois au secteur public et au privé, soit modérée. Il est possible dans ces conditions que compte tenu de ce que représente l'hôpital public comme service public, la sensibilité de gauche soit de préserver son potentiel, notamment au risque que derrière cette politique de restructuration, un certain nombre de missions importantes du service public, qui sont réelles et d'une importance fondamentale, qui sont la disponibilité dans un certain nombre de zones socialement défavorisées d'un accès aux soins qui soit facile et gratuit... C'est une mission de service public qui est importante. Il y a bien évidemment les urgences, mais cela est un autre point. Je pense donc que la sensibilité de gauche différencierait, au sens où elle serait vraisemblablement plus attentive à la question de l'accessibilité et de la proximité, et surtout à la question de la possibilité de maintenir ce qui fait un peu au fond de l'âme du service public, à savoir cette mission humaniste d'accueil de tous.

Claude LE PEN

Merci Gérard. Avant de commencer, je me dois de citer les partenaires qui nous aident à organiser ces journées, sans lesquels rien ne sera possible. Il y a tout d'abord l'Université Paris Dauphine, et son service de communication. Il y a ensuite le laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé, qui est le support à la fois pédagogique et de recherche en santé de l'université. Le collège économique de la santé que je préside, et que Gérard présidait avant moi. La division santé d'Orange. Les trois fédérations hospitalières : la FHF, la FHP et la FEHAP. Nous les remercions beaucoup pour leur aide non seulement sur cette session, mais également de manière un peu plus pérenne. Et le laboratoire Glaxo Smith Kline.

Nous allons donc commencer la première partie, les débats. Je vais prendre nos intervenants dans l'ordre alphabétique, en commençant par Gérard Bapt. Nous aimerions favoriser le débat, avec nos invités et avec la salle. L'exposé est donc un exposé liminaire de quelques minutes.

La vision politique sur l'hôpital de l'UMP, du Parti Socialiste, du Nouveau Centre et d'Europe Ecologie Les Verts

Gérard BAPT, Député de Haute-Garonne, cardiologue

Je voudrais dire à Claude Le Pen que l'ordre alphabétique n'est peut-être pas le meilleur en l'occurrence. Ceci dit, j'accepte cette règle impromptue. Si j'ai bien compris, dans l'analyse que nous devons faire au cours de ce débat de la place de l'hôpital, et notamment de l'hôpital public, il y a peut-être aussi à faire un bilan des 10 ans passés des politiques en matière hospitalière. Ceci dit, Gérard de Pouvourville vient d'indiquer à grands traits les différences qu'il pourrait y avoir dans les programmes électoraux. Je voudrais vous dire tout de suite que je ne suis pas ici le représentant de François Hollande, le candidat, mon candidat par ailleurs, mais que j'interviens ici en tant que député ayant une fonction de rapporteur concernant la mission santé à la commission des finances. Je suis membre de la commission nationale du parti socialiste concernant les questions de santé. Ce que je vais dire là reflète bien entendu la tendance de pensée du groupe socialiste à l'assemblée nationale, et de la commission nationale Santé, mais n'engage pas formellement François Hollande, qui interviendra sur ses propositions de manière plus détaillée, je pense, que ce qu'il a fait dans ses 60 propositions jeudi, rue des Saints-Pères. C'est un petit message personnel que je passe.

Nous nous inscrivons totalement en contradiction avec le point indiqué par Gérard de Pouvourville, à savoir cette logique d'avoir considéré l'hôpital – c'est une orientation forte qui a été accentuée par la loi HPST à l'initiative du Président de la République – dans cette logique d'hôpital-entreprise, et le directeur de l'hôpital chef d'entreprise. Je suis d'accord avec Gérard de Pouvourville pour dire qu'il y a une tendance à l'étatisation non seulement dans les lois successives qui ont réformé le système de santé, en remontant d'ailleurs jusqu'aux lois Juppé. A cet égard, la gauche le prend en compte puisqu'elle rend à l'Etat sa fonction régaliennne de la protection de la santé de nos concitoyens. Par contre, la logique qui a participé à la réforme, et en particulier de la loi HPST, qui consiste à instaurer une concurrence en quelque sorte marchande, et non pas à mettre le patient au centre du système de santé, mais à transformer les établissements en compétiteurs visant à regagner des parts de marché, aussi vrai pour les hôpitaux publics que pour les hôpitaux à but non lucratif, ou bien entendu le secteur commercial... Nous disons que tout cela est en contradiction avec notre raisonnement consistant à placer le patient au centre du système de santé, et que cette logique va à l'encontre de l'intérêt général.

La seconde chose est que nous voulons placer l'hôpital pour sortir définitivement du centro-hospitalisme, mais néanmoins dans une conception du service public de santé inscrit dans un territoire dans lequel les coopérations entre les différents niveaux de recours aux soins hospitaliers, mais aussi la continuité avec la médecine de premier recours, avec le secteur médico-social, avec de la même façon les actions de santé publique, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, doivent se penser et se concerter au sein des territoires. Tout n'est pas à jeter dans la loi HPST, et notamment les coopérations hospitalières. Nous nous heurtons cependant tout de suite sur cette voie à la façon dont le financement est assuré par la T2A. Si les coopérations et les groupements de coopérations de soins et les communautés hospitalières peinent à se mettre en place, c'est parce que chaque établissement, considérant son financement

et les difficultés dans la contrainte budgétaire, refuse de s'engager dans ces voies du fait qu'il y a un problème de ressources pour le fonctionnement de chacune des structures.

Cela est déjà dit dans les propositions de François Hollande. Nous réformerons ce système de T2A, sans le remettre en cause sur le fond, mais néanmoins en faisant en sorte que les missions de service public spécifiques à l'hôpital public, et pas seulement l'enseignement et la recherche, mais aussi tout ce qui concerne les urgences, tout ce qui concerne les questions de prise en charge du social... La sortie de l'établissement doit également être une mission de service public. Le retour du patient à domicile, ou dans un autre établissement, ou bien encore sa prise en charge en hospitalisation à domicile, ou en hospitalisation de jour, tout cela doit être considéré comme des missions de service public échappant au financement de la T2A. J'ai le regret de constater que récemment encore, les réserves prudentielles mises en place par le gouvernement sur les missions de service public n'ont été que partiellement rendues à l'hôpital, ce qui transforme en quelque sorte ces missions de service public en variables d'ajustement à des contraintes budgétaires échappant totalement à la sanction éventuelle de la mauvaise gestion d'un établissement, puisque dépendant avant tout de circonstances économiques et financières qui échappent bien entendu totalement à la gestion du secteur hospitalier. Voilà pourquoi après avoir affirmé que nous mettrons fin à la convergence public-privé, je sais que cela ne va pas faire plaisir à la FHP... Nous ne sommes pas contre les convergences intra-sectorielles, car il est effectivement anormal qu'entre divers établissements du même type, il y ait parfois autant de disparités dans les coûts. Nous considérons néanmoins qu'un hôpital rural qui assure l'accueil des urgences, une continuité des soins, dans des zones notamment en désertification médicale, celles-ci doivent être considérées comme des missions de service public, et pas seulement financées par le nombre d'actes réalisés.

Voilà. Je ne veux pas être trop long pour dire que par rapport au personnel hospitalier, nous voulons lancer et négocier un nouveau pacte social, parce que les personnels hospitaliers aujourd'hui, dans toutes les catégories, sont aujourd'hui fatigués et ressentent profondément la crise également dans l'hôpital. Nous voulons engager une concertation afin de réformer progressivement la gouvernance, et un certain nombre d'éléments de la loi HPST. Comme je le disais tout à l'heure, dans le cadre des ARS, nous voulons repenser le service public sur un échelon territorial concernant la façon dont fonctionnent également les agences régionales de santé, qui ne sont bien entendu pas neutres dans ce débat. Je voudrais ajouter que nous voulons refuser au niveau européen la directive Services qui vise à faire rentrer le soir dans le secteur marchand, de manière marchande et de manière générale.

En conclusion, nous voulons donc une réforme concertée. Il y aura des mesures rapides concernant le financement, et des mesures qui s'étaleront pour cinq ans pour donner le temps à la concertation sur la réforme de la gouvernance de l'hôpital d'une part, et sur la mise en place au niveau territorial d'un service public de santé.

Claude LE PEN

Merci Gérard. C'est très clair. Philippe Juvin a la parole.

Philippe JUVIN, Député européen, chef de service des urgences de l'HEGP

Tout comme Gérard expliquait qu'il n'était pas le représentant de François Hollande, je ne suis pas encore le représentant de l'UMP. Je pense que dans un système aussi complexe que celui-ci, je n'ai jamais pensé que tout était blanc d'un côté et noir de l'autre. L'hôpital hier, aujourd'hui et demain en cinq minutes, comment dire ? Premièrement, et évidemment avant tout, une discussion sur l'hôpital va devenir de moins en moins pertinente du fait que la question n'est pas l'hôpital, mais l'hôpital dans un système général. C'est cela l'hôpital moderne, quel que soit son statut juridique. C'est un acteur parmi d'autres qui s'inscrit dans une logique transversale. A chaque fois que nous abordons l'hôpital, nous devons donc bien faire attention à nous resituer dans un élément global.

Deuxièmement, je veux simplement rappeler, parce que c'est évidemment important, que l'environnement général est le système de santé et sa performance. Le système de santé dans lequel l'hôpital joue bien évidemment un rôle majeur est plutôt un bon système. Les Français sont soignés. Nous avons des maladies chroniques compliquées. L'innovation a sa place. Les dépenses de santé augmentent régulièrement malgré la crise, et je peux vous assurer en tant que député européen que ce n'est pas le cas chez nos voisins. Ce niveau d'augmentation des dépenses ne se retrouve pas partout. J'ai souvenir au Parlement européen il y a un an d'un débat sur les soins des patients les plus vulnérables, et particulièrement des patients sans-papiers. Un ou deux pays du nord de l'Europe n'acceptent même pas ces patients aux urgences hospitalières. Nous avons donc un système qui est un système qui accompagne bien les patients, et qui les soigne correctement. Je souhaite ainsi mettre fin à une sorte de pessimisme ambiant, où l'on vous raconte en permanence que le système est mauvais, se dégrade, etc.

Troisièmement, je me permets de souligner en une phrase que ce quinquennat, en matière de critique des politiques de santé, a été un peu parfois limite dans sa critique. Que n'avons-nous pas entendu parler de marchandisation de la santé, de casse de l'hôpital public ? Je suis content d'observer trois ans plus tard que ceux qui mettaient la loi HPST au bâcher commencent à dire qu'il y a finalement des choses pas mal dedans. La T2A, qui devait être l'ennemi du système de santé, va finalement être réformée et ne sera pas abandonnée. Nous voyons donc bien qu'avec le temps, les condamnations définitives prennent une forme plus douce. J'en suis ravi. La responsabilité de l'homme politique, c'est aussi de reconnaître que finalement, il y a des hommes de bonne volonté qui essaient de faire évoluer le système correctement.

Le troisième point, et nous ne pourrions pas ne pas en parler, est que nous sommes également tous impliqués dans une stratégie globale de diminution des déficits publics. Le système doit être absolument médicalement performant, mais également économiquement viable. Il ne sert à rien de faire des plans sur la comète de ce que nous ne pourrions pas nous payer. Quatrièmement, et j'en viens au débat proprement dit, le vrai débat de l'hôpital, outre le fait qu'il doit s'inscrire dans une perspective globale, est la question de l'organisation générale, et sortir du débat sans cesse récurrent de « toujours plus de moyens ». Nous croyons en fait que le système a des marges de manœuvre considérables dans son organisation, que cette organisation soit globale, macro ou micro, là se situant tout le débat. Macro, c'est ce que nous avons essayé de faire évoluer avec la meilleure organisation du système via par exemple les ARS, et les coopérations public-privé. Il n'y a pas un hôpital public contre un hôpital privé, une médecine de ville contre une médecine hospitalière. Tout cela est absurde. Ces coopérations doivent être organisées, et c'est le rôle de l'Assistance Publique de donner à chacun sa place, et de faire en sorte que ce système fonctionne

le plus harmonieusement possible. Dans l'organisation générale, outre les ARS et les coopérations, je peux citer les IHU, l'innovation, l'excellence... Nous voyons donc bien que cette organisation est fondamentale au plan macro, puisqu'elle redonne une colonne vertébrale à un système dont nous considérons qu'il l'avait perdu.

L'organisation doit également être micro. C'est là où les choses deviennent encore plus compliquées, parce que l'organisation micro peut moins être décrétée qu'elle ne peut l'être au niveau macro. C'est-à-dire qu'au niveau extrêmement déconcentré, à minima au niveau de l'établissement hospitalier, mais jusque dans les structures de soins, c'est là que résident également des marges considérables d'efficience. Le fait de parler d'efficience de gestion n'est pas un gros mot. La droite a pendant longtemps été suspectée, lorsqu'elle parlait d'efficience de gestion, de cacher sous ce terme une volonté délibérée de diminuer les moyens. La réalité est que je vous renvoie à cet article extrêmement intéressant de 2006, qui faisait ce parallèle extrêmement osé en France, bien entendu. Le titre était : est-ce que la fabrication des automobiles peut permettre d'imaginer une meilleure organisation du système de soins ? Evidemment, lorsque vous dites cela dans un débat politique en France, on vous répond tout de suite que le patient n'est pas une automobile. La question n'est bien entendu pas là, et je voudrais que nous sortions de ces critiques. Nous sommes des gens intelligents. L'idée est que toutes ces études montrent qu'à l'hôpital, parce que c'est le lieu où se rencontrent des métiers différents, il y a des marges considérables d'amélioration de la performance, sans augmentation des moyens. Cet article montrait par exemple dans l'hôpital public, nos hôpitaux universitaires, 50 % du temps médical étaient du temps passé à attendre. L'un attend l'autre, et les acteurs s'attendent mutuellement. Vous connaissez tout le taux d'occupation du bloc opératoire.

Bref, démarches d'efficience au niveau macro, ARS, IHU, coopérations, nécessité de travailler avec la médecine de ville, et au niveau micro, au niveau du processus de soins. Les ambitions que nous avons dans les années à venir sont de continuer dans cette voie, c'est-à-dire la voie de l'efficience de gestion et de l'efficience économique, et de faire en sorte que cette organisation du soin soit la plus performante possible à tous les niveaux. Et si je peux faire un vœu, puisque je crois que c'est le dernier jour de l'année où l'on a le droit d'en faire, c'est que le débat politique devienne responsable, parce que les Français comprennent que le débat est aujourd'hui beaucoup plus complexe qu'entre une droite qui voudrait réduire et asphyxier l'hôpital public, et la gauche qui voudrait ouvrir librement les vannes d'une puissance bienfaitrice publique. Le débat est complexe, et nous sommes là pour l'éclairer.

Jean-Luc PREEL, Député de Vendée, chef de service hospitalier

Votre sujet est très important et complexe, et résoudre cela en cinq minutes est effectivement relativement difficile. Je voudrais tout d'abord dire, et tout le monde est d'accord là-dessus, que les établissements de santé, et pas uniquement les hôpitaux, jouent un rôle majeur de soins reconnu unanimement. Ils sont modernisés et adaptés, et je crois que nous avons la chance d'avoir en France des hôpitaux publics, des établissements privés à but lucratif, et des EPIC, n'engendrant pas une concurrence débridée, mais jouant un rôle dans l'émulation. Grâce à l'émulation, j'espère que nous pourrions peut-être améliorer le système.

Je crois que tout le monde devrait partager deux objectifs, c'est-à-dire à la fois l'efficacité comme cela a été dit, mais également la qualité, et sans doute la qualité avant l'efficacité avec un principe à ne pas perdre de vue, à savoir l'accueil de tous, nous en avons déjà parlé la dernière fois, et nous en reparlerons la prochaine fois, également à tarifs remboursables. Je ne reparlerai pas aujourd'hui des dépassements d'honoraires, mais nous y reviendrons sans doute la prochaine fois. Il s'agit d'un problème effectivement majeur. Nous pratiquons aujourd'hui une médecine de qualité, et depuis quelques années, tous les établissements publics et privés se sont modernisés, et proposent aujourd'hui les techniques et les traitements les plus modernes avec quelque chose d'important, à savoir un raccourcissement très important de la durée de séjour, ceci provoquant des problèmes conduisant pour moi à une certaine déshumanisation. De nombreuses réformes sont intervenues. Sommes-nous à l'optimum ? Je ne crois pas. De nouvelles réformes seront donc vraisemblablement nécessaires pour essayer d'améliorer notre système.

Comme cela a déjà été évoqué, la T2A a bouleversé les attitudes, impliquant de fait les médecins dans la gestion, et pouvant, avec un effet pervers, parfois conduire à une sélection des patients, ce que tout le monde réfute théoriquement. Tout le monde dit qu'il n'en est pas question, mais dans les faits, je ne suis pas certain que cela ne soit pas effectivement une conséquence de la T2A. Je voudrais également dire un mot des 35 heures, et du repos compensateur. Ils ont de mon point de vue grandement désorganisé le fonctionnement des établissements. Au cours d'un séjour qui a été raccourci, le patient n'a plus son infirmière ni son interne tous les jours, puisqu'ils se reposent le lendemain. Cela nécessite bien sûr d'avoir un dossier médical performant, et bien mis en place. Quand on voit le problème du DMP aujourd'hui, il est grand temps d'avoir de très bons dossiers médicaux.

La loi HPST a également eu comme conséquence de retirer quasiment tout pouvoir aux politiques, le conseil d'administration étant devenu aujourd'hui un conseil de surveillance, et le politique ayant plus grand pouvoir. Surtout, la CME a également perdu quasiment tout pouvoir, conduisant à une démobilité du corps médical. Certes, le Président de la CME est le vice-président du directoire. Mais dans la réalité, et je crois que cela est une réalité, les professionnels de santé ont l'impression de ne plus avoir beaucoup de pouvoirs, notamment même sur la définition et l'adoption du projet médical, ce qui est quand même de mon point de vue un comble que j'avais dénoncé à l'époque. Comme l'a souhaité le Président de la République, le directeur est en principe le véritable patron de l'hôpital. C'est en tout cas ce qui est prévu dans la loi. Mais en réalité, n'est-ce pas plutôt le directeur de l'ARS qui est le véritable patron ? Est-ce que l'ARS a vocation à s'occuper de tous les établissements ? Je n'en suis pas certain. C'est néanmoins elle qui nomme le directeur, qui l'évalue, qui signe y compris d'ailleurs la part variable de sa rémunération, qui fait signer les contrats d'objectifs et de moyens avec des contraintes financières sévères, la marge de manœuvre étant extrêmement limitée, et qui peut même licencier le directeur. Comme je l'avais dit, il est donc nécessaire dans la loi que le directeur ait une échine souple s'il souhaite rester dans sa fonction, ce qui n'est peut-être pas le programme des patrons. A mon avis, il y a donc sans doute là aussi quelque chose à faire.

Par ailleurs, l'hôpital a aujourd'hui de grandes difficultés à gérer les urgences. Il me semble que c'est aujourd'hui l'un des points majeurs de la désorganisation générale. C'est-à-dire qu'il y a un afflux de patients qui trouvent un médecin quelle que soit l'heure. Il y a des possibilités d'examen, de diagnostic et de traitement sans coût important, puisque l'on sait très bien que cela ne coûte pas cher au patient qui vient aux urgences. Il est donc bien évidemment nécessaire de filtrer les urgences, d'orienter, de disposer des filières, notamment gériatriques, pour avoir des lits disponibles. Tout cela nécessite bien entendu des modifications.

Le problème de l'efficience, du rôle et du statut des 35 heures, du taux d'utilisation des blocs opératoires et des équipements radiologiques, tout cela mériterait des développements, mais nous savons très bien que les blocs opératoires ne sont pas utilisés de façon optimum aujourd'hui. C'est également le cas des scanners et des IRM. Ils ne fonctionnent pas comme dans le privé. C'est regrettable d'un certain point de vue, l'investissement étant onéreux, et l'utilisation n'étant pas optimum. Le message que je voudrais faire passer aujourd'hui est le suivant : est-il judicieux, comme cela est habituel, d'opposer l'hôpital et la médecine de ville, le public et le privé ? Tous concourent aux soins, recherchent en principe la qualité, sont financés par la solidarité nationale, notamment par l'ACG. Ainsi, l'hôpital joue un rôle dans les missions de service public, la recherche, surtout l'accueil des urgences, l'accueil de tous sans sélection, le jour et la nuit, soit directement, soit après régulation par un médecin libéral qui assure souvent la régulation au niveau du SAMU-SMUR. Un hôpital exige des consultations publiques et privées. En quoi ces dernières se différencient-elles de la consultation de ville ? Je trouve donc un peu curieux d'opposer les deux. Les ex-hôpitaux locaux fonctionnent avec des médecins libéraux qui accueillent d'ailleurs des consultations de spécialistes dans ces établissements, et qui peuvent être un modèle de maisons de santé. Cela veut dire qu'un hôpital local représente finalement ce que nous pourrions appeler une maison de santé d'une certaine façon. La chirurgie ambulatoire se développe de plus en plus, sans hospitalisation dans les établissements. L'HAD et l'hospitalisation à domicile sont reconnues comme un établissement de santé, et le patient est pourtant soigné à son domicile par des professionnels libéraux. Les médicaments sont accessibles aux patients de ville. Je pourrais continuer la liste, mais je crois qu'opposer en permanence l'hôpital et la ville me paraît finalement contre-productif et anormal. Nous devrions finalement parler de l'accueil des patients dans un système dans lequel on privilégie la qualité.

Concernant les préconisations pour l'hôpital, il faut effectivement arriver à l'efficience et à la qualité. Il s'agit à mon sens de redonner un peu de pouvoir au conseil de surveillance, surtout de redonner un peu de pouvoir à la CME pour que les professeurs de santé se sentent impliqués dans le fonctionnement de l'hôpital, et notamment sur le projet médical et le budget, c'est-à-dire les EPRD. Renforcer les coopérations entre les établissements publics et privés. Couvrir les besoins sur le territoire en associant proximité et qualité, ce qui est loin d'être simple. On voit par exemple, concernant les interventions, que l'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent. Faire souvent en proximité, cela est assez complexe. J'attire donc un peu l'attention sur la relation entre la proximité et la qualité. C'est pourtant le souhait de tous les patients de pouvoir être soigné près de chez eux, mais avec de la qualité. Favoriser bien évidemment les passerelles entre les médecins hospitaliers et les libéraux. Revoir les statuts des personnels à l'hôpital en favorisant les contrats. Lorsque l'on a en effet un statut unique, etc., on voit très bien que cela ne favorise pas l'efficience et la motivation. Je crois que des contrats avec des objectifs sont quelque chose d'intéressant. Diversifier le recrutement des directeurs. Ils sont tous de Rennes aujourd'hui, bien que nous ayons dit depuis longtemps qu'il fallait essayer de diversifier. Je ne pense pas que ce soit non plus judicieux. Revoir également sans doute la T2A en prenant en compte notamment la prévention et l'éducation thérapeutique, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. J'aurais encore bien d'autres choses à vous dire, mais comme le temps est limité, je vais m'arrêter là pour le moment.

Claude LE PEN

Vous aurez de toute façon l'occasion de revenir dans le débat. Ce n'est pas votre dernier mot, loin de là. Pour terminer ce premier tour de piste, Jean-Luc Veret, Président de la commission nationale Santé Europe Ecologie Les Verts.

Jean-Luc VERET, Président de la commission nationale Santé Europe Ecologie Les Verts

Merci Monsieur, et merci de votre invitation. Merci de ce débat. Je crois que nous sommes effectivement à un tournant tout à fait important. Je ne dis pas que le système de santé est mauvais, contrairement à ce que certains ont énoncé tout à l'heure, mais je dis qu'il se dégrade certainement. L'hôpital est en particulier en crise. Nous assistons à une souffrance des personnels qui est vraiment grave, et dans certains services, ils sont de plus en plus mis sous pression sur le plan qualitatif, mais également quantitatif. Nous assistons à un débordement des urgences. J'ai visité celles de Rennes il y a quelque temps. Il y a une quarantaine de brancards et de lits dans les couloirs des urgences en permanence. Nous avons de plus en plus de difficultés de recrutement médical dans les hôpitaux hors CHU, et nous avons maintenant une rotation telle qu'il n'y a pas de suivi dans certains services, et que certains maîtrisent mal la langue. Ce n'est pas toujours facile de recevoir les médecins avec les diplômes étrangers. Nous en sommes aujourd'hui à la suppression de services franchement importants et utiles, comme les services d'IVG. Certains services ont été supprimés, et des femmes recommencent à aller à l'étranger, comme dans ma jeunesse, et celle d'un certain nombre d'entre vous.

Au-delà de la description, la question consiste à essayer d'analyser les causes. Je dirais très rapidement qu'il y a trois types de cause, notamment certaines dont nous avons déjà parlé la dernière fois. Je dirais que les trois grands types de causes sont premièrement l'organisation des soins de premier recours, qui caractérise particulièrement la France. Deuxièmement, une gestion inadaptée de l'hôpital et de la société pour des raisons sociales et politiques. Troisièmement, nous avons du mal à ouvrir les yeux sur l'explosion des maladies chroniques. Sans revenir sur les débats de la dernière fois, je dirais simplement que l'inorganisation des soins de premier recours est le fait d'avoir laissé des territoires se désertifier, de ne pas compter sur la médecine générale pour couvrir le territoire et accueillir l'ensemble de la population, alors que c'est indispensable. Nous proposons quant à nous des maisons de santé sur tout le territoire, à raison d'une pour 10 000 habitants, avec des équipes pluridisciplinaires offrant des postes de médecins salariés, puisqu'aujourd'hui, c'est ce que les jeunes privilégient, et incluant un service d'éducation pour la santé de même qu'un service de santé environnementale pour s'adapter aux problèmes de santé modernes. Je vais très vite, car nous en avons parlé un peu la dernière fois.

Concernant la situation d'aujourd'hui sur laquelle nous allons revenir, nous avons laissé une concurrence déloyale s'organiser entre l'hôpital public et ses missions de service public, et les cliniques privées qui partagent la convergence tarifaire, mais qui ne partagent pas toutes les missions de service public lorsqu'il s'agit des complications longues d'un certain nombre de maladies aux soins très lourds, et de beaucoup de problèmes sociaux. A partir du moment où l'on converge sur les tarifs, mais pas sur les missions, on crée une concurrence déloyale. Et puis surtout, une explosion des maladies chroniques. C'est le phénomène de société dominant. Nous fermons trop les yeux sur ce phénomène : les cancers ; les maladies cardio-vasculaires de manière classique ; mais aujourd'hui également l'explosion du diabète et de l'obésité ; de la souffrance psychique et du suicide ; des allergies ; des maladies dégénératives du système nerveux, etc. Toutes ces maladies progressent plus vite que les progrès de la médecine. La crise est donc structurelle, et la tendance est à la dégradation. Le coût des maladies chroniques a augmenté en 10 ans à peu près de l'équivalent du déficit de la sécurité sociale, ou plutôt de l'assurance-maladie

pour être précis, soit une dizaine de milliards. Cela fait réfléchir. Nous aurions le même taux de maladies chroniques qu'il y a 10 ans, nous n'aurions pas le déficit. Je ne dis pas que le déficit est obligatoire, car nous pourrions également trouver des recettes. Ce n'est pas la question aujourd'hui.

Je veux dire que la crise sanitaire n'est pas seulement une crise d'organisation ni une crise de management. C'est aussi une crise sociale, mais peut-être d'abord une crise sanitaire. La crise sanitaire est pour nous une des dimensions de la crise écologique. Lorsque l'on parle de la crise du climat et de la crise de l'énergie, il faut parler également de la crise sanitaire et le développement de cette épidémie de maladies chroniques maintenant reconnues par l'OMS comme une menace pour nos sociétés développées.

Pour rester sur le sujet de l'hôpital, je vais revenir à un certain nombre de nos propositions concernant plus particulièrement la gestion des hôpitaux. C'est le sujet d'aujourd'hui. Le premier volet consiste à rompre avec le positionnement idéologique qui a dominé ces dernières années, et qui s'est fondé sur une politique libérale, voire ultralibérale, et sécuritaire, qui s'est opposée et qui s'oppose aujourd'hui aux objectifs de santé publique. Comme cela a été dit, la notion d'hôpital entreprise est un non-sens. L'hôpital n'a pas vocation à être une entreprise, et ne l'aura pas. Il est possible de vouloir que le service public soit bien géré, et j'en fais partie, mais cela n'en fera pas du tout une entreprise qui a vocation à faire des profits. Lorsque l'on prend ces formules, peut-être que l'on veut nous habituer et que l'on veut banaliser la privatisation ? Il faut alors également en assumer les conséquences qui sont l'augmentation des inégalités sociales, et l'augmentation des laissés-pour-compte des soins. De plus en plus de gens ne se soignent pas à cause du coût financier. Les conséquences à plus long terme de la violence sociale qui en découle, du recul de la situation sanitaire, du recul de la solidarité. Je crois que cela pèse lourd et pèsera lourd à l'avenir si nous n'inversons pas la tendance.

La convergence tarifaire doit être supprimée sous les modalités actuelles, et nous devons revenir à une analyse des missions des uns et des autres, avec ensuite un financement partant de cette analyse des missions. Je crois également que nous avons instauré un déséquilibre, je ne suis pas le premier à le dire, entre le pouvoir administratif instauré par la loi HPST et le pouvoir des professionnels, aussi des politiques, mais en particulier des professionnels. Nous étions arrivés à un ordre relatif équilibré entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical dans les hôpitaux. Le fait de revenir en arrière me semble une mauvaise chose, enfin en arrière ou en avant, pour les uns et pour les autres. Sur le plan politique, je crois au contraire qu'il faut démocratiser le fonctionnement pour responsabiliser les uns et les autres, et leur permettre de participer. Sur le plan de la santé mentale et de la psychiatrie, la confusion de cette idéologie est arrivée à s'opposer réellement à la logique de soins, avec la loi de juillet 2011 sur les soins sans consentement en ambulatoire, qui transformerait les soins psychiatriques en contrôle social, voire en répression, en faisant reculer l'alliance thérapeutique qui peut s'instaurer entre un patient qui a besoin d'aide, mais qui en même temps est inquiet et a peur, et des soignants. Je crois que nous sommes allés trop loin, et que nous en paierons les conséquences si nous ne revenons pas en arrière. Il faudra revenir en arrière.

Le deuxième volet est que nous aurons à analyser les causes de la souffrance professionnelle des personnels. Nous nous apercevons qu'il y a aussi une dimension qualitative, un manque de reconnaissance, un manque de communication, un manque de travail d'équipe. Nous n'avons pas travaillé suffisamment sur l'enjeu crucial que représente le fonctionnement interpersonnel à l'intérieur de l'hôpital. Le fait de considérer les personnels comme une variable d'ajustement

budgétaire atteint là aussi ses limites. Là aussi, on ne peut pas continuer en termes de souffrance sociale. Il sera nécessaire d'adapter les moyens aux besoins, en quantité et en qualité, avec éventuellement des réorientations. Je pense en particulier qu'entre la chirurgie et les personnes âgées, les besoins diminuent d'un côté, et augmentent de l'autre. Il y aura sans doute des évolutions nécessaires en tant que service public.

Concernant les modalités de financement, il n'y a pas de système parfait. Personnellement, j'en ai connu trois comme beaucoup d'entre vous : le paiement au nombre de lits ; le budget global ; et maintenant la T2A. Il est possible à chaque fois de dénoncer les effets pervers du système. C'est facile. Ce n'est peut-être pas seulement cela le problème. Il est certain que la T2A prend aujourd'hui un temps considérable aux soignants pour le côté administratif, et n'est pas tout à fait adaptée aux missions de service public, en particulier sociales, en particulier pour ce qui peut s'orienter vers la prévention. Il faudra donc procéder à un moratoire sur la T2A pour évaluer son impact, son adaptation aux missions. Cela ne signifie pas la supprimer complètement, mais signifie en tout cas ne pas aller vers 100 % de T2A, et réhabiliter les MIGAC qui correspondaient à un vrai besoin.

La formation des médecins et la recherche doivent également être réhabilitées dans le service public. Nous sommes dans un système très curieux où au bout du compte le financement est public, puisque c'est un financement de l'assurance-maladie. Il est ensuite confié à l'industrie privée pour qu'elle développe ses intérêts, la formation des médecins et la recherche. Cela est quand même un peu paradoxal, et nous pouvons peut-être réduire le circuit en prenant le budget public et en l'attribuant directement à un service public d'information médicale, et en supprimant les visites en pharmacie. Nous ne sommes pas obligés de financer les médicaments à un prix tel que ce soit l'industrie privée qui maîtrise la recherche et la formation. Je crois que cela fait partie d'enjeux extrêmement importants pour réorienter le système de santé en fonction des besoins de santé publique.

Je dirais que nous avons justement à réorganiser le système en fonction des besoins de santé publique, d'intégrer l'hôpital dans une vraie politique de santé, avec de réels objectifs de santé publique. Aujourd'hui, les objectifs de santé publique pourraient être l'objectif de faire baisser le diabète de type 2, parce que toutes ces maladies de civilisation sont liées à des modes de vie, des comportements et à un environnement qui ne nous échappe pas complètement si nous voulons le prendre en main. Faire baisser les diabètes de type 2, ce n'est pas seulement une œuvre médicale. Ce sera surtout un travail sur les modes de vie et l'environnement. Un objectif de santé publique pour aujourd'hui est de diminuer les perturbateurs endocriniens. Un homme politique d'outre-Atlantique qui s'appelle John Kerry, qui a été candidat à la présidence des USA, développe en ce moment cette priorité qu'il n'y ait pas de parents de jeunes enfants imprégnés par des perturbateurs endocriniens. Si nous voulons arriver à ce que les parents de jeunes enfants ne soient pas imprégnés par des perturbateurs endocriniens, il y a un très gros travail sur le plan de l'agriculture et sur le plan de l'environnement. Nous pourrions avoir comme objectif de santé publique de ne pas laisser les grossesses adolescentes prendre une place importante dans les problèmes sanitaires aujourd'hui.

Je ne donne que trois exemples. Il y a des objectifs qui ne correspondent pas du tout aux objectifs médicaux de la loi de 2004. Il faut vraiment que nous reprenions conscience des enjeux pour la population. Il faudra ouvrir les formations en fonction d'une analyse des besoins. Si nous manquons de médecin généraliste, il faudra que nous ayons le courage de dire que nous nous sommes trompés sur l'organisation de formation. Il faut former des médecins généralistes en

secouant un certain nombre de mentalités et de corporatisme. Nous aurons à définir démocratiquement des objectifs de santé publique en tenant compte de la spécificité de la psychiatrie, en particulier en tenant compte du besoin de rompre avec l'hôpitalo-centrisme. Pour cela, je suis étonné que Jean-Luc Prével ne l'ait pas redit aujourd'hui, car c'est l'un des points sur lesquels nous sommes d'accord en général, nous proposons de régionaliser le système de santé. A Europe Ecologie Les Verts, nous proposons de transformer les conférences régionales de santé actuelles qui sont consultatives en conseils régionaux de santé en inversant la hiérarchie avec l'ARS, celle-ci devenant le bras armé d'un conseil régional de santé qui sera le lieu politique et démocratique de définition d'objectifs de santé publique. Ce conseil régional de santé, cette nouvelle politique de santé et ces objectifs de santé publique pourront être dynamisés si nous donnons une véritable place aux usagers, si nous permettons une irruption d'un pouvoir organisé des usagers, ce qui veut dire des moyens de représentation et des moyens d'expertise pour les associations d'usagers qui deviennent un réel partenaire à part entière de la gestion du système de santé.

Je crois que l'enjeu politique est effectivement plus important que ce que nous pourrions croire. Il y a bien évidemment des points de consensus, mais il y a des clivages politiques importants qui seront l'objet, je l'espère, des prochaines élections.

Claude LE PEN

Merci. Nous avons donc entendu les quatre représentants des courants idéologiques et politiques qui traversent un peu le pays. Nous allons ouvrir le débat. Pour la simplicité des choses, nous avons essayé de répartir les débats en deux temps, avec un premier débat plutôt macro, pour reprendre la typologie de Philippe, avec la question de la coopération privé-public, l'hôpital ambulatoire, les ARS, le financement régional, l'organisation du système de santé. L'hôpital dans le système de santé, les entrées, sorties, etc. Il y aura ensuite une deuxième partie plutôt micro sur la gestion, la T2A, les statuts des personnels, la gouvernance, le statut du directeur, etc. C'est un plan qui vaut ce qu'il vaut. Ne vous y sentez pas trop tenus, mais ne vous en écarterez quand même pas trop complètement. Vous aurez au moins deux fois la parole officiellement, et il est donc possible de répartir un peu les interventions sur les deux temps.

L'hôpital et ses missions

Claude LE PEN

Je vais commencer par les représentants des hôpitaux, les fédérations hospitalières. Je vais donc commencer par Gérard Vincent qui est le délégué général de la fédération hospitalière de France (FHF).

Gérard VINCENT, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

Merci. Rapidement, pour que chacun puisse s'exprimer, je dirai tout simplement qu'heureusement que l'hôpital public est là, parce qu'il fait tout ce que les autres acteurs ne veulent pas faire. Il ne s'occupe pas seulement d'une partie de la misère de France, ce qui est déjà en soi une noble tâche, mais il fait beaucoup plus. Je rappelle que si l'on additionne les parts d'activité des hôpitaux et des établissements privés à but non lucratif, c'est 82 % des séjours en médecine, 75 % des séjours en obstétrique. En chirurgie, nous sommes passés en quelques années de 46 % à 53 %. Il y a donc une reconquête des parts d'activité du service public hospitalier qui est quand même très net.

Une des questions posées était de savoir s'il y avait trop de lits. Je crois que c'est Gérard de Pourville qui disait tout à l'heure qu'il y a trop de lits. Je pense qu'il y a très probablement trop de lits en chirurgie. Si nous supprimons tout ce qui est inutile et développons la chirurgie ambulatoire, nous fermerons sans doute pas mal de lits. Je ne suis pas persuadé que nous pouvons supprimer beaucoup de lits en médecine et en obstétrique. En obstétrique, le nombre d'accouchements reste en effet, Dieu merci, fort dans notre pays. En médecine, du fait du vieillissement de la population, il y a des personnes âgées qui vont être hospitalisées, qu'on le veuille ou non. Même si nous essayons d'éviter à tout prix les hospitalisations, elles continueront globalement à croître dans les années qui viennent et gardons-nous de supprimer trop de lits car nous risquons de le regretter un jour. D'autant que d'ores et déjà, à certaines périodes de l'année, nous manquons de lits.

La deuxième question que je pose est de savoir s'il faut maîtriser la croissance des dépenses de santé, et notamment hospitalières. La réponse est bien évidemment oui. En tout cas, nous ne demandons pas une augmentation des budgets irréaliste par rapport à la conjoncture économique. Il faut être très clair là-dessus. Je suis en contradiction par rapport à certaines déclarations faites depuis le début de la matinée. Je crois que ce n'est pas le moment de réclamer globalement des moyens supplémentaires. J'ajouterai immédiatement que contrairement à ce que certains peuvent dire, l'hôpital n'est pas un bateau ivre. Il tient ses budgets. Je rappellerai que l'an dernier, je reprends les chiffres du Premier Ministre, le déficit de l'hôpital public et des établissements de la FEHAP s'est élevé à 180 millions si nous tenons compte des cessions d'actifs, c'est-à-dire de la vente de ce que l'on appelle les bijoux de famille... Si nous n'en tenons pas compte, c'est 420 millions. 180 millions, cela se représente 0,3 % des budgets. Nous sommes donc loin de la faillite que certains veulent bien souligner. Si c'est 420 millions sans tenir compte de la cession des actifs, cela représente 0,7 % des budgets. Il convient donc de relativiser le déficit de l'hôpital. Ce déficit est stable, et plutôt même en légère diminution. Je ne sais pas ce que sera

2011. Ce chiffre va probablement un peu augmenter, notamment parce que, comme Gérard Bapt l'a souligné, le fait qu'une partie de l'enveloppe des missions d'intérêt général n'a pas été dégelée, à hauteur de 189 millions. Nous devrions par conséquent retrouver logiquement ces 189 millions en déficit supplémentaire au titre de 2011.

Je souligne d'ailleurs, et je reprends les chiffres de la FHP lors de sa récente conférence de presse, que 37 % des hôpitaux sont en déficit, donc pour une somme totale de 180 millions. La FHP a indiqué que 44 % des cliniques étaient en déficit, ce qui montre bien que l'hôpital public n'a pas de leçons à recevoir.

J'ajouterai que l'ONDAM hospitalier est maîtrisé. Il n'y a pas de dérapage par rapport aux prévisions faites par les pouvoirs publics. On ne peut pas dire que l'on fait voter un ONDAM en progression de 2,5 et que les dépenses réelles sont finalement de 3,1. Malgré la contrainte qui pèse sur l'hôpital. Je rappelle que nos charges augmentent en moyenne actuellement de 3 % par an. Ce sont les chiffres de la FHF. Les chiffres de Bercy sont à 3,2 % par an. Je souligne au passage que nous sommes plus optimistes que Bercy. Les charges augmentent donc de 3 % à effectifs constants, pour un chiffre d'affaires qui progressent de 2,4 %. Malgré la contrainte, le budget est tenu avec un déficit qui est plutôt en diminution. Certains pourraient nous dire qu'il est anormal que nous respections le budget, et que nous pourrions faire du déficit parce qu'il n'y a aucune raison de faire des économies dans notre secteur. Ce n'est pas un discours que nous tenons. L'hôpital pèse lourd dans la dépense nationale. Je rappelle que le secteur hospitalier représente 4 % du PIB, deux fois le budget de la Défense Nationale. Tant mieux, mais ce n'est pas rien et il est normal de gérer de manière rigoureuse le budget qui nous est accordé.

Existe-t-il des marges ? Bien évidemment. Quand ceux qui m'ont précédé autour de cette table disent que nous pouvons faire des économies, je réponds oui. Nous en faisons d'ailleurs. Une nouvelle fois, quand on rapproche la croissance naturelle des charges (3 %) de la croissance de l'ONDAM, qui est de 2,5 %, on voit bien que nous faisons chaque année des économies puisque le déficit ne croît pas. Est-il possible d'aller au-delà ? Sans doute. Pour la FHF, cela suppose d'ouvrir un sujet que personne ne veut ouvrir aujourd'hui, celui de l'évaluation de la pertinence des actes. Nous sommes convaincus qu'une partie de ce qui est fait dans le système hospitalier est inutile. Il est clair qu'un système de tarification à l'acte incite naturellement les acteurs à faire des choses inutiles. Les marges sont là. Si nous arrivons à supprimer une partie de ce qui est inutile, et par conséquent bien entendu à faire les économies de moyens qui vont avec, on maîtrisera la croissance de la dépense. Supprimer un acte sans supprimer les moyens qui permettaient de le faire, cela ne rapporte rien. Mais si nous avons le courage de lutter contre ce qui est inutile et de recalibrer l'ensemble du système en conséquence, nous ferions des économies.

Il s'agit néanmoins d'un dossier qui pour l'instant ne préoccupe pas grand monde. La HAS s'y est mise, après beaucoup d'hésitation, et je salue l'action menée par celle-ci depuis quelque temps. La présentation devant le CA de la FHF, il y a quelques jours, montre que la HAS a mesuré l'enjeu. Je m'étonne que l'assurance-maladie ne fasse rien dans ce domaine. Il est possible de deviner pourquoi. Je pense que le directeur de l'assurance-maladie est jugé sur sa capacité à ne pas faire de vagues avec la médecine libérale. Il n'a par conséquent pas envie d'ouvrir un front qui est celui de la pertinence des actes, car cela reviendrait forcément à se mettre à dos l'ensemble des syndicats médicaux libéraux. Lorsque l'on a dit cela, on a tout compris. Je pense néanmoins que si l'on a le sens de l'intérêt général, c'est le chantier qu'il faut ouvrir. C'est le chantier de demain. Il y a effectivement des marges, mais ce n'est pas en disant que l'on va supprimer du personnel qu'on y parviendra, mais en concentrant les moyens sur ce qui est utile.

Dire qu'on peut supprimer des emplois à activité constante n'est pas sérieux, sauf à vouloir dégrader la qualité des soins et les conditions de travail. Il y a un chiffre qui ne trompe pas. Regardez les jours de RTT dans des hôpitaux. On va dire que c'est scandaleux, que c'est du laxisme, que les médecins font n'importe quoi et se mettent des jours de congés supplémentaires. Il y a probablement un peu d'abus, mais tout de même pas à la hauteur de ce que certains prétendent. S'il y a des jours de RTT supplémentaires, c'est bien parce qu'il n'y a pas assez de personnels. Si on demande aux médecins de faire des jours en plus et aux personnels de faire des heures supplémentaires ou de cumuler des jours de RTT, c'est bien parce qu'il n'y a pas assez de personnel. Ce n'est donc pas là-dessus que nous allons gagner de l'argent. Nous allons gagner de l'argent en rationalisant la dépense, mais à la racine, c'est-à-dire en supprimant ce qui est inutile. Lorsque l'on voit les disparités de prévalence d'actes sur le territoire français, on se dit qu'il y a probablement des choses à faire. Ouvrons donc ce débat. Je suis étonné que les politiques ne s'emparent pas de ce dossier. Je répète que je suis convaincu que c'est le dossier de santé publique de demain.

Claude LE PEN

Merci Gérard pour ce tableau plutôt rassurant sur l'hôpital public qui est en situation difficile, mais pas dans la catastrophe que l'on décrit parfois. Effectivement, ce chantier de la prévalence des actes est un chantier important et compliqué. Monsieur Dupuis, la FEHAP a fait un manifeste ou livre blanc, comme d'ailleurs la FHF, afin de préparer les élections. Vous pouvez donc peut-être nous en parler un petit peu ?

Yves-Jean DUPUIS, Délégué Général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), à but non lucratif

J'ai compris que Gérard parlait en mon nom tout à l'heure, je vais donc essayer de compléter ce qu'il a dit et de faire une autre intervention. Pour la FEHAP, la notion d'entreprise n'est pas quelque chose de choquant. Nos établissements sont des entreprises sociales. C'est-à-dire que les établissements à but non lucratif sont des entreprises sociales qui doivent faire face aux contraintes de l'entreprise, notamment de respect des règles d'équilibre budgétaire. Ainsi, que l'hôpital puisse être comparé à une entreprise n'est pas une analyse qui me semble anormale. Car, pour nous, l'entreprise sociale existe ; nous devons atteindre l'équilibre ; nous avons une gestion des personnels respectant le droit du travail et nous avons choisi d'avoir des obligations de service public et de satisfaction de l'intérêt général. Je ne vais cependant pas entrer dans ce débat.

Pour revenir sur la place et le rôle de l'hôpital, vous avez compris ce matin que pour la FEHAP, l'hôpital, ce n'est pas que l'hôpital public. L'hôpital est constitué de trois acteurs, les hôpitaux publics, les hôpitaux commerciaux, et les hôpitaux privés à but non lucratif. Chacun a son rôle. Chacun a développé ses activités, parfois de manière complémentaire, et parfois de manière concurrente, ce qui n'est pas en soi choquant. Gérard Vincent a indiqué, il y a quelques années, que faute de concurrence, les hôpitaux deviendraient des administrations. Je le pense, c'est-à-dire qu'une concurrence saine est source d'émulation. Il est important sur un territoire d'avoir des acteurs multiples, le tout étant de faire en sorte que ces acteurs soient d'abord

complémentaires, au pire concurrent. Malheureusement, il y a aujourd'hui dans la loi hôpital-patients-santé-territoire des outils contre-productifs en matière de complémentarité. Nous nous en sommes largement expliqués, et je ne vais pas développer sur ce point. Cependant les actions de coopération sont compromises du fait que les établissements peuvent craindre de voir leur avenir menacé. Dès lors qu'il y a une menace sur l'un des acteurs de notre système, cela compromet les chances de mettre en place des actions de coopération.

Pour aller plus loin, et pour reprendre la démarche actuelle de la FEHAP, nous pensons que le véritable problème du système de santé est son accessibilité, l'accessibilité financière dont nous avons parlé tout à l'heure, et l'accessibilité en temps. Le temps n'est pas que la demi-heure pour se rendre aux urgences, mais le temps que l'on met pour aller consulter un praticien, pour être inscrit dans une MDPH, pour accéder à une crèche, etc. Tous ces temps peuvent compromettre globalement l'accessibilité au système pour un grand nombre d'utilisateurs. La troisième accessibilité est l'accessibilité géographique. Les déserts médicaux qui se dessinent aujourd'hui entraînent, au-delà de l'absence de médecins, un véritable désert de protection sociale. Lorsqu'un médecin n'est pas là pour prescrire, il n'y a plus d'infirmière qui s'installe, il n'y a plus de masseur-kinésithérapeute, il n'y a plus d'ergothérapeute... C'est-à-dire que l'on crée un véritable désert du fait de cette absence de médecin. Les missions de santé publique, qui doivent se développer, sont bien sûr de réfléchir aux grandes problématiques de santé publique, mais également de réfléchir à comment faire pour que toute population sur un territoire soit en capacité d'accéder au système de santé en temps, géographiquement et financièrement.

Le deuxième point important est d'avoir un réel parcours de soins. Comme quelqu'un l'a dit, l'hôpital n'est pas le centre ni le pivot du système. Il l'a été. Aujourd'hui, l'hôpital est l'un des éléments du système. Nous pensons que l'hôpital doit se recentrer sur son activité de plateau technique. Il faut faire en sorte, par exemple, que les CHU, dont le taux de recours aujourd'hui est faible par rapport à l'activité de proximité, se recentrent sur l'activité réelle de recours, et laissent l'activité de proximité à d'autres acteurs. Il est anormal de payer aujourd'hui au même tarif une activité de proximité et une activité de CHU. Dans le CHU le plus actif en France en termes de recours, à savoir le CHU de Lille, seulement 8 % de l'activité est une activité de recours. Le reste de son activité est une activité de proximité. Je ne veux pas nier l'utilité d'avoir une activité de proximité dans les CHU pour former les internes, mais ces derniers seraient peut-être aussi bien formés dans un hôpital de proximité où ils auraient la possibilité de rencontrer les besoins de base de la population, sans forcément toute l'« artillerie » d'un hôpital universitaire.

Un autre point est la taille critique des structures hospitalières. Nous avons aujourd'hui des « monstres » hospitaliers qui sont souvent le fruit de l'histoire. Lorsque j'ai commencé ma carrière - je suis directeur d'hôpital de formation - l'évolution de carrière que je pouvais envisager était directement liée à la capacité en lits des hôpitaux que je pouvais diriger. Beaucoup de mes prédécesseurs ont ainsi augmenté la capacité en lits de leur établissement pour pouvoir avoir une promotion. Nous avons ainsi aujourd'hui des établissements qui ont parfois une taille importante par rapport à la taille optimum que l'on trouve dans d'autres pays occidentaux. Lorsque l'on va aux Etats-Unis, les gros hôpitaux universitaires américains comptent 700 à 800 lits. Ils ont en outre un taux de recours beaucoup plus important que le nôtre. L'hôpital privé non lucratif français le plus important a une capacité de 800 lits et une activité très proche d'un hôpital de recours de sa région. La taille moyenne des hôpitaux à but non lucratif est de 400 lits. L'organisation est souvent liée à la capacité en lits. J'ai dirigé des hôpitaux dans lesquels le contact avec les médecins et les personnels était de plus en plus distant dès lors que la taille de l'établissement augmentait. Dans mon dernier établissement, un CHU parisien employant plus de

400 personnes, je connaissais vraiment les chefs de service et leurs adjoints directs, les cadres supérieurs et quelques-uns des 200 cadres et ... les salariés posant problème. Je n'avais pas la capacité de connaître l'ensemble des cadres soignants et de rentrer réellement dans le quotidien de l'activité de l'hôpital. Je pense qu'il est important pour un gestionnaire d'avoir ce contact réel avec le quotidien de son activité, pour permettre d'avoir des relations normales avec le corps médical, avec le personnel d'encadrement, avec le terrain.

Je suis tout à fait d'accord avec Gérard Vincent sur la nécessité de mesurer la pertinence des actes réalisés. Il est anormal que nous ne soyons pas aujourd'hui en capacité de vérifier que l'ensemble des actes produits dans chacun des établissements, y compris dans les établissements non lucratifs, est bien pertinent et conforme à une bonne prise en charge des besoins.

La T2A ne permet pas cette mesure, d'autant que cet outil tend progressivement à se pervertir. Pour pouvoir équilibrer nos budgets, nous devons aujourd'hui, du fait du niveau des tarifs, augmenter notre activité. Comme Gérard l'a montré tout à l'heure, nos parts de marché, hôpitaux à but non lucratif, se sont accrues ces dernières années. Mais l'accroissement d'activité provient également d'un accroissement de la productivité. Cela a néanmoins une limite. Nous ne pouvons pas toujours demander plus aux salariés sans créer une tension réelle dans les établissements. À force de demander plus, à force de demander de faire tourner beaucoup plus rapidement les lits, d'avoir une durée de séjour de plus en plus réduite, de transférer de plus en plus tôt les patients vers d'autres établissements, nous accroissons la charge de travail et la pression sur les salariés. Il y a une tension palpable dans beaucoup de nos établissements. De plus, nous transférons en outre peut-être un peu trop tôt des patients vers des établissements qui ne sont peut-être pas aujourd'hui en capacité de les prendre en charge.

La FEHAP est présente dans l'ensemble du champ de la protection sociale, sanitaire, médico-social et social. Nous voyons les effets délétères de la T2A, en transférant des malades qui étaient jusqu'alors hospitalisés pendant des durées de séjour un petit peu plus longues, avec des traitements lourds pris en charge au niveau de l'hôpital, vers des structures de soins de suite et de réadaptation, puis du SSR vers des structures d'hébergement collectif. On assiste aujourd'hui à un transfert des charges, pesant sur un acteur du système, vers les autres, sans qu'il y ait transfert des moyens matériels et humains correspondant.

La FEHAP pense que l'hôpital doit se recentrer sur son activité technique, les plateaux techniques, et qu'il faut développer les structures ambulatoires en chirurgie et en médecine. Il faut avoir une réflexion réelle sur les structures de maintien et d'accompagnement à domicile en utilisant, pourquoi pas, les avancées de la télémédecine, l'objectif étant d'essayer d'apporter une solution pour couvrir les déserts, réduire les temps d'attente importants et les problèmes d'accessibilité. Les adhérents de la FEHAP doivent être de plus en plus présents là où on a besoin d'eux et abandonner à d'autres toute lutte stérile, inutile lorsqu'elle n'est pas justifiée par des besoins réels à couvrir. La concurrence n'a de sens que si elle est dynamique et concourt à l'amélioration du service rendu. La FEHAP veut être un acteur majeur et respecté du système de santé. Ses adhérents seront présents pour répondre à ces besoins.

J'ai compris également que Gérard parlait pour moi tout à l'heure, parce que je vais essayer de dire autre chose que ce qu'il a dit. Pour nous, la notion d'entreprise n'est pas quelque chose de choquant. Nous sommes une entreprise sociale. C'est-à-dire que les établissements à but non lucratif sont une entreprise sociale qui doit faire face aux contraintes de l'entreprise. C'est-à-dire qu'il y a les règles d'équilibre budgétaire. Il y a un certain nombre de règles qui pèsent sur les établissements non lucratifs, et lié au fait que l'hôpital puisse être une entreprise est aller un peu

trop vers une analyse qui me semble un peu anormale, en tout cas qui ne va pas assez loin dans la lecture de ce qu'est aujourd'hui l'hôpital. C'est peut-être la lecture que vous avez sur l'hôpital public, mais l'entreprise sociale existe. Nous devons atteindre l'équilibre. Nous avons une gestion des personnels qui est une gestion de droit privé. Je ne vais cependant pas m'étendre sur ce débat.

Pour revenir sur la place et le rôle de l'hôpital, vous avez compris ce matin que pour moi, l'hôpital n'est pas que l'hôpital public. L'hôpital est constitué de trois acteurs, à savoir l'hôpital public, les hôpitaux commerciaux, mais également les hôpitaux privés à but non lucratif. Chacun a son rôle. Chacun a développé ses activités, parfois de manière complémentaire, et parfois de manière concurrente. La concurrence n'est pas quelque chose d'anormal à mon sens. Pour reprendre les propos de Gérard Vincent, il a indiqué il y a quelques années faute de concurrence, les hôpitaux iraient vers les administrations. Je le pense. C'est-à-dire qu'une concurrence est saine, et source d'émulation. Il est important sur un territoire d'avoir des acteurs multiples, le tout étant de faire en sorte que ces acteurs soient plutôt en actions de complémentarité, plutôt que dans des actions de concurrence. Il y a aujourd'hui dans la loi hôpital-patients-santé-territoire des outils qui sont contre-productifs en matière de complémentarité. Nous nous en sommes expliqués, et je ne vais pas les développer. Il y a cependant des actions de coopération qui sont compromises du fait qu'il y a des textes qui peuvent laisser croire aux établissements que leur avenir peut être menacé. Dès lors qu'il y a une menace sur l'un des acteurs de notre système, cela compromet les chances de mettre en place des actions de coopération.

Pour aller plus loin dans l'approche, et pour reprendre notre démarche aujourd'hui au niveau de la fédération, nous pensons que le véritable problème du système de santé est son accessibilité, à savoir l'accessibilité financière dont nous avons parlé tout à l'heure, l'accessibilité en temps. Le temps n'est pas que la demi-heure pour se rendre aux urgences, mais le temps que l'on met pour aller consulter un praticien. C'est le temps que l'on va avoir pour être inscrit dans une MDPH. C'est le temps que l'on va attendre pour accéder à une crèche. Tous ces temps peuvent compromettre globalement l'accessibilité au système pour un certain nombre d'acteurs sociaux. La troisième accessibilité est l'accessibilité géographique. Les déserts médicaux qui sont créés aujourd'hui entraînent, au-delà de l'absence de médecins, un véritable désert de santé. Lorsqu'un médecin n'est pas là pour prescrire, il n'y a plus d'infirmière qui s'installe. Il n'y a plus de masseur-kinésithérapeute. Il n'y a plus d'ergothérapeute. C'est-à-dire que l'on crée un véritable désert de santé autour du médecin. Les missions de santé publique qui doivent se développer sont bien sûr de réfléchir aux grandes problématiques de santé publique, mais également réfléchir à comment faire pour que toute population sur un territoire soit en capacité d'accéder au système de santé en temps, géographiquement et financièrement.

Le deuxième élément important pour nous, au niveau de la FEHAP, est d'avoir un parcours de soins qui soit un parcours de soins réel. Comme quelqu'un l'a dit, l'hôpital n'est pas le centre ni le pivot du système. Il l'a été. Aujourd'hui, l'hôpital est l'un des éléments du système. Nous pensons que l'hôpital doit se recentrer sur son activité de plateau technique. Il faut faire en sorte par exemple que les CHU, dont le taux de recours aujourd'hui est faible par rapport à l'activité de proximité, se recentrent peut-être sur l'activité réelle de recours, et laissent l'activité de proximité à d'autres acteurs. Il est anormal de payer aujourd'hui au même tarif une activité de proximité et une activité de CHU. Dans le CHU le plus actif en France en termes de recours, à savoir le CHU de Lille, 8 % de son activité est une activité de recours de niveau 3. Le reste de son activité est une activité de proximité. Je ne veux pas nier l'utilité d'avoir une activité de proximité dans les CHU pour former les internes, mais ces derniers seraient peut-être aussi bien formés dans un hôpital

de proximité où ils auraient la capacité de rencontrer le tout-venant, toute la population qui n'a pas forcément besoin d'un hôpital universitaire pour être prise en charge.

L'autre point important est la taille critique de la structure hospitalière. Nous avons aujourd'hui des monstres hospitaliers qui sont liés le plus souvent à l'histoire. C'est-à-dire que lorsque j'ai commencé ma carrière, je suis directeur d'hôpital de formation, notre classement et notre progression de carrière se faisaient en fonction du nombre de lits. Beaucoup de nos prédécesseurs ont ainsi augmenté la capacité en lits de leur établissement pour pouvoir avoir une promotion. Nous avons ainsi aujourd'hui des établissements qui ont parfois une taille importante par rapport à la taille optimum que l'on trouve dans d'autres pays occidentaux. Lorsque l'on va aux Etats-Unis, les gros hôpitaux universitaires américains comptent 700 à 800 lits. Ils ont en outre un taux de recours beaucoup plus important que chez nous. Le plus important hôpital privé non lucratif fait 800 lits. Il a une activité assez proche d'un hôpital de recours de sa région. La taille moyenne des hôpitaux à but non lucratif est de 400 lits. L'organisation est souvent liée à la capacité. J'ai dirigé des hôpitaux, et j'ai été au contact des médecins et des personnes lorsque la taille était encore acceptable. Le dernier hôpital que j'ai dirigé comptait 4 000 personnes. Je connaissais à peine le corps médical, et je connaissais les cadres supérieurs. Je n'avais pas la capacité de connaître l'ensemble des cadres soignants et de rentrer réellement dans le quotidien de l'activité de l'hôpital. Je pense qu'il est important pour un gestionnaire d'avoir ce contact réel avec le quotidien de son activité, pour permettre d'avoir des relations normales avec le corps médical, avec le personnel d'encadrement, avec le terrain.

Je rejoins Gérard sur l'approche qu'il a de la nécessité d'avoir une pertinence des activités. Il est anormal que nous ne soyons pas aujourd'hui en capacité de vérifier que l'ensemble des actes produits dans chacun des établissements, y compris dans les établissements non lucratifs, ne soit pas analysé sur la pertinence des actes qui y sont réalisés, d'autant qu'il y a aujourd'hui un effet pervers dans la T2A. Je rejoins l'approche de la T2A. Dans son côté pervers, elle rejoint un tout petit peu un système que j'ai connu au début de ma carrière, qui était la journée. Pour pouvoir équilibrer nos budgets, nous avons aujourd'hui la nécessité, du fait du niveau des tarifs, d'augmenter notre activité. Comme Gérard l'a montré tout à l'heure, nos parts de marché ces dernières années, hôpitaux à but non lucratif, se sont accrues certainement au détriment des structures commerciales, peut-être également parce que nous prenons en charge une population de manière un peu plus rapide que naguère. Quoi qu'il en soit, les taux de productivité dans les établissements se sont accrus de manière très importante. Cela a néanmoins une limite. Nous ne pouvons pas demander plus aux salariés. Il y a aujourd'hui une tension réelle dans les établissements, parce qu'à force de demander plus, à force de demander de faire tourner beaucoup plus rapidement les lits, d'avoir une durée de séjour de plus en plus réduite, de transférer de plus en plus tôt les patients vers d'autres établissements, il y a un double effet pervers. Tout d'abord, il y a une tension réelle dans l'établissement. Nous transférons en outre peut-être un peu trop tôt des patients vers des établissements qui ne sont peut-être pas aujourd'hui en capacité de les prendre en charge.

Comme la FEHAP couvre l'ensemble du champ de la protection sociale, nous sommes présents dans le sanitaire, le médico-social et le social, nous voyons les effets délétères de la T2A. C'est-à-dire que nous voyons qu'aujourd'hui, nous avons transféré les malades qui étaient jusqu'alors maintenus ou gardés à l'hôpital pendant des durées de séjour un petit peu plus longues, avec des traitements lourds pris en charge au niveau de l'hôpital, vers des structures de soins de suite et de réadaptation, appelés naguère moyens séjours, et parfois du SSR, du soin de suite, vers des

structures d'hébergement collectif. Il y a ainsi un transfert aujourd'hui des charges pesant sur un système de santé vers les autres acteurs du système.

L'approche de la FEHAP est que l'hôpital doit aujourd'hui se recentrer sur son activité technique. Les plateaux techniques. Il faut faire en sorte que les structures ambulatoires au niveau de la chirurgie et au niveau de la médecine se développent de plus en plus. Nous devons à côté de cela avoir une réflexion réelle sur les structures de maintien à domicile et d'accompagnement à domicile. Ce matin très tôt, je regardais une mission où nous avons la démonstration à Strasbourg d'un outil permettant à une population d'être prise en charge. Cet outil de télémédecine était connecté directement, avec une connexion directe avec des médecins qui suivent ces patients, ou plutôt l'ensemble des acteurs, y compris hospitaliers, qui suivent les patients. Nous avons ainsi une réflexion au niveau de la FEHAP pour développer sur tout le territoire cette lecture, et pour faire en sorte que l'ensemble des services à domicile, médico-sociaux et sanitaires, soit réfléchi par nos adhérents. C'est-à-dire que nous voyons comment faire pour que là où il y a des déserts, des temps d'attente importants et des problèmes d'accessibilité, nos acteurs et nos adhérents soient de plus en plus présents, et soient de moins en moins présents dans une lutte qui est peut-être inutile entre l'ensemble des acteurs du système, afin de faire en sorte que cette complémentarité joue pleinement, et que cesse cette concurrence peut être parfois anormale, ou ces mots qui peuvent peut-être gêner les uns ou les autres dans ces approches qui sont les nôtres.

Claude LE PEN

Merci. C'est effectivement très clair. Jean-Loup Durousset, pour l'hospitalisation privée ?

Jean-Loup DUROUSSET, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

Merci de nous donner la parole. Nous entendons bien dans les exposés précédents que nous sommes devant une alternative concernant l'hospitalisation privée. Soit il y a effectivement deux systèmes qui s'opposent et qui s'affrontent, à savoir un système dit public ou parapublic, et un système privé qui vit avec sa propre différence. Ou alors, nous avons pensé dans les réformes actuelles qu'il pourrait y avoir un seul système basé sur la mission hospitalière, et ensuite des acteurs, dont la mission était la mise en œuvre de façon originale des moyens qui leur étaient donnés pour réaliser ces missions. C'est un vrai débat pour nous. C'est-à-dire que les choix qui vont être faits par les hommes politiques de demain sont vraiment quelque chose d'important. Soit nous considérons qu'il y a effectivement un hôpital public qui, par son statut, remplit un certain nombre de missions, et qu'il y a de l'autre côté un système privé qui vit différemment, qui a d'autres objectifs, et qui vient donc concurrencer et qui se charge d'un certain nombre d'autres choses, c'est à ce moment-là une voie sanitaire forte, soit on considère au contraire qu'il y a sur le territoire la possibilité d'avoir plusieurs opérateurs, des associatifs, des commerciaux et des établissements d'origine publique, mais qui remplissent les mêmes missions. C'est ce que nous défendons en tant que FHP, en disant que ce qui a changé dans la loi HPST, c'est que la mission est devenue prioritaire, et que le statut juridique est devenu secondaire. C'est très important, la mission transcendant le statut juridique.

A partir de là, si nous avons la même mission et que nous remplissons les mêmes obligations, nous estimons que nous avons tout d'abord les mêmes devoirs, et ensuite les mêmes droits. C'est

tout l'objectif de nos revendications. Nous disons que si sur un territoire, nous considérons que par la planification, nous ne sommes plus dans une logique de concurrence qui vient titiller sur des marges un certain nombre d'activités, si nous nous répartissons les naissances, la chirurgie et la médecine, nous avons les mêmes devoirs à remplir, et les mêmes obligations. Nous cessons ainsi de crier que nous sommes différents. Si nous continuons en effet à crier sans arrêt que nous sommes différents, nous voyons bien que nous avons des difficultés. Tout dépend de la focale que nous prenons. J'entendais tout à l'heure Gérard Vincent dire qu'ils étaient majoritaires dans un grand nombre de choses. C'est une façon de voir, s'il associe effectivement, comme il vient de le faire, les établissements privés non lucratifs à son activité. Mais si nous unissons à notre tour les deux composantes du secteur privé, nous sommes alors majoritaires. En France, l'hospitalisation privée est majoritaire dans tous les domaines. Cela dépend donc de la focale que l'on prend. Si l'on dit qu'il n'y a que les commerciaux, nous ne sommes effectivement pas majoritaires dans la plupart des domaines. La France a cependant la caractéristique d'avoir choisi de faire en sorte que son monde hospitalier soit majoritairement privé. C'est la réalité, statut associatif ou statut commercial.

Certains veulent maintenir une différence sous des prétextes divers. Cela n'a pour nous aucun intérêt pour les patients. Ce qui compte, c'est que les systèmes favorisent le développement des missions confiées, et que nous puissions les contrôler. Nos citoyens ne se posent que deux questions, sur lesquelles nous devons travailler conjointement, à savoir quelle est la qualité des soins que vous allez nous donner, non pas les moyens que vous allez mettre en place, mais la qualité réelle des soins que vous voulez nous donner ? Cela peut concerner la pertinence des actes, et nous sommes favorables à cela. C'est aussi la pertinence des séjours et l'objectif que se fixe le corps médical pour atteindre la qualité des soins, et puis la transparence tarifaire. Ni le secteur public ni le secteur privé ne sont en effet très clairs sur cela. Nous ne sommes pas très clairs. Le secteur privé à l'hôpital n'est pas plus transparent que le secteur libéral dans sa pratique des compléments d'honoraires. Il y a donc un énorme travail à faire pour répondre à ces deux questions de base de nos concitoyens. Quelle sera dans les cinq prochaines années la qualité des soins que vous êtes amenés à nous faire ? Quelle sera ensuite la transparence tarifaire que vous êtes prêts à nous donner en tant qu'hospitaliers ? C'est votre devoir d'hospitaliers.

Une fois que l'on a dit cela, je me dis que l'on dépense beaucoup d'argent en France. Nos élus qui nous font confiance chaque année augmentent l'ONDAM de façon importante, en disant qu'ils nous donnent un peu plus de ressources pour le faire. Je considère qu'il y a beaucoup d'argent. Avec cela, nous sommes cependant incapables de faire mieux. Je pense que nous sommes aujourd'hui capables de faire mieux pour moins cher. Nous savons qu'il y a simplement un certain nombre de choses qui sont dues à notre histoire, et que ce n'est pas facile. Nous avons cependant face à nos concitoyens un certain nombre d'obligations. Tout le monde sait qu'il y a trop d'hôpitaux en France. Il faut se restructurer. Quand je parle des hôpitaux, c'est autant des cliniques que des hôpitaux publics. Nous savons que le taux de restructuration du secteur privé a été de 21 % en 15 ans, contre seulement 2 % pour l'hôpital public. Il y a trop d'hôpitaux qui ne sont pas forcément bien structurés, sans doute trop gros ou trop petits, sans doute pas bien placés ou sans doute mal orientés. Il y a un certain nombre de restructurations. Je dis souvent que nous serons sans doute plus beaux après qu'avant. Il s'agit donc d'une restructuration positive, et non pas d'une restructuration négative. Il faut néanmoins que l'hôpital se restructure. C'est indispensable.

Je refuse la comparaison entre le privé et le public. Cela n'a pas d'intérêt. Il n'y a pas plus de comparaison entre un CHU et un établissement de proximité qu'entre un CHU et une clinique de

15 lits. En revanche, entre un établissement de 800 ou 400 lits et un CHU, c'est comparable. Il faut comparer des établissements de taille identique avec des missions identiques, et cesser de dire que l'on ne fait pas les mêmes choses dans les établissements publics et les établissements privés. Si nous ne comparons pas les mêmes choses, c'est évidemment réel.

Lorsque l'on regarde les ressources hospitalières, on me dit que l'on arrête la convergence des tarifs. Je constate simplement qu'il y a aujourd'hui 14 milliards d'écart si l'on prend uniquement le soin. Ces 14 milliards sont sans doute consacrés à des choses, mais pas forcément directement aux soins. Cela laisse donc quand même au monde hospitalier une grande marge de manœuvre pour s'interroger sur cette enveloppe, et à quoi elle sert : ces missions d'intérêt général, des HAC, des écarts tarifaires. Cela laisse sans doute un certain nombre de préoccupations et de sujets à nos hommes politiques, pour dire ce qu'ils pourraient faire avec ces 14 milliards. Nous constatons en effet aujourd'hui sur le territoire que l'on sait faire des accouchements, des appendicectomies, des choses complexes ou non, à un tarif donné qui est un tarif de référence, qui est parfois moins cher à l'hôpital public, et qui est parfois moins cher en clinique privée. Si j'étais un élu, je m'interrogerais en constatant que sur le territoire, les 800 000 naissances qui ont lieu en France, nous savons les réaliser à tel prix. S'il y a après un écart, c'est sans doute qu'il doit y avoir autre chose derrière. Mais si je suis dans ce souci sur mon budget, et si j'ai des allocations à redéployer vers d'autres activités, la prévention, l'éducation thérapeutique, le développement des ALD, il m'intéresse de savoir de quelle manière ces 14 milliards pourraient être redéployés par l'hôpital pour aller atteindre ces objectifs.

Voilà les préoccupations qui sont les nôtres. Nous ne voulons pas être différents. Nous considérons que nous faisons sous certaines conditions les mêmes choses que l'hôpital public, et que si nous faisons la même chose, nous devons avoir la même chose. Nous vivrions en effet mal le fait que l'on nous dise que l'on doit assurer les urgences, de Trappes, et que donc notre établissement n'est pas un établissement qui accueille que les gens les plus aisés de Trappes. Nous devons accueillir tout le monde, mais en étant encore différents de l'hôpital public. Et pour ce faire, nous aurons des tarifs différents. Cette situation nous paraît très paradoxale et très difficile à vivre tous les jours.

Claude LE PEN

Merci. C'est là aussi très clair. Nous allons organiser le débat. Rachel Bocher, qui vient de gagner 600 millions d'euros en monétarisant 1 million d'heures supplémentaires de RTT non pris, bravo.

Rachel BOCHER, psychiatre, Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

Alors, j'insiste. Comme l'avait dit mon voisin, ce n'est pas un cadeau et ce n'est pas de l'or en barre que nous fait le gouvernement. Ce sont bien entendu des jours travaillés. Il faut mieux le dire, mais je crois que c'est une juste rémunération.

Tout à l'heure, Philippe Juvin parlait de Raymond ARON. Je parlerai quant à moi de Richelieu. La vie politique est de rendre possible ce qui est nécessaire. C'est donc ce que nous attendons d'une réforme hospitalière ou d'une réforme du système de santé, à savoir qu'elle contribue à l'amélioration de la qualité des soins, et répond aux besoins des patients. Or aujourd'hui, il faut dire qu'avec la loi HPST, nous avons l'impression qu'il s'agissait davantage de revenir à l'équilibre en 2012, et finalement de soumettre l'hôpital et les hospitaliers à des injonctions schizophréniques, c'est-à-dire de faire plus, et en même temps de réduire les coûts.

Pour rentrer dans le vif du sujet, je dirais que nous sommes effectivement pour un hôpital public efficace, mais non pour un hôpital-entreprise. Oui à l'évolution de nos pratiques dans cet hôpital public renforcé dans ses missions et dans ses valeurs, mais non à la privatisation larvée ou non de l'ensemble du système de santé. Rappelons qu'entre l'hôpital et la rentabilité, c'est le choc de deux termes contradictoires. Difficile d'être rentable lorsque l'on est ouvert 24 heures sur 24, 365 jours sur 365, quand on est ouvert du plus riche au plus pauvre, et du français à l'étranger. Il est utile que nous réapprenions à penser l'hôpital en pensant son avenir. Comme Gérard Vincent le disait, l'hôpital public représente 1,2 million de salariés. C'est le premier employeur en France. Cette forte quantité est également notre fragilité. Elle ne nous exonère pas de poser certains doutes, de nous interroger sur notre avenir, effectivement sur l'existence même du caractère public de l'hospitalisation.

Nous ne souhaitons cependant en aucun cas devenir un refuge médico-social réservé au grand âge, ou aux cas les plus lourds. Un rapide état des lieux nous alerte sur les différents maux. Le premier malaise des hospitaliers, et les politiques en ont parlé, est qu'il y a une dévalorisation, voire même un mépris vécu par certains de nos collègues à l'hôpital, nos confrères, dans leur exercice quotidien suite à cette loi HPST qui a méprisé les praticiens en les mettant à l'écart des grandes décisions budgétaires, et d'affectations de nomination. Je pense bien entendu à la CME. Je suis certaine que Philippe Juvin partage mon avis à ce sujet. Il y a également un malaise lié aux problèmes non résolus depuis des années, comme celui de la démographie médicale et paramédicale, mais de la démographie et de l'attractivité des carrières obérées par la rémunération de la permanence des soins, et la compétition entre le public et le privé, qui aurait pu être une chance va devenir un handicap au détriment du public. Le système se déséquilibre durablement. S'ajoute également un nouveau déséquilibre public-public en fonction de l'existence de nouveaux contrats en fonction des spécialités des territoires, et qui peut porter un coup fatal à certains établissements hospitaliers.

Le troisième malaise est lié au démantèlement programmé du service public hospitalier. Nous en avons parlé : la ventilation entre le public et le privé est laissée à l'appréciation des ARS, Et dans certains endroits, il n'y a plus qu'un accès aux soins dans le secteur privé. Tant pis pour ceux qui ne peuvent pas payer. Il s'agit d'un premier refus de soins. Le quatrième malaise est lié à l'évolution des tarifs, qui vise à privilégier le secteur privé. Mon voisin en a parlé. Il y a enfin un malaise lié au financement des enveloppes, amputées des budgets hospitaliers en ce qui concerne les MIGAC de 350 millions d'euros, et de la permanence des soins pour 60 millions d'euros.

Face à ce constat, je voudrais quand même souligner d'où nous venons. L'hôpital a énormément évolué en 50 ans. De l'hospice au CHU, aujourd'hui, grâce aux mouvements d'humanisation, de modernisation et de technicisation, notre espoir vient du plébiscite des Français : 81 % d'avis favorables selon le dernier sondage Sofres. Alors, pourquoi entamer le mouvement inverse ? Pourquoi ce sentiment largement partagé d'attaques incessantes pour affaiblir ce grand et bel

édifice de santé qui nous valait il y a quelques années la première place au classement de l'OMS ? Participer à la reconquête de cette première place pourrait, Messieurs les politiques, redevenir un challenge à l'horizon des élections présidentielles. En notre qualité de praticiens hospitaliers des hôpitaux publics, nous avons le devoir de remplir les différentes missions de service public : soins de recours ; soins lourds ; enseignement ; recherche ; permanence des soins ; précarité. J'ajouterai quelques chiffres à ceux évoqués par Gérard Vincent. 100 % des réanimations néonatales sont assurés. 90 % des enfants de moins de 15 ans sont pris en charge. 97 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer y sont traités. 63 000 étudiants en médecine, 100 000 étudiants pour les professions paramédicales. Il n'existe que peu d'alternatives.

La saine émulation entre deux systèmes ne peut s'apparenter à une vente à la découpe du service public au bénéfice des cliniques privées. Ce qui nous inquiète et qui suscite notre vigilance à l'hôpital public, c'est de savoir dans quelles conditions et quels types de pathologies le privé assumera ? De quelle manière le privé assumera-t-il ses fonctions et ses missions de service public ? Il suffit de faire un tour dans les unités hospitalières, à l'hôpital public, pour savoir qu'une grande majorité de nos patients ne seront jamais hospitalisés dans un hôpital privé. Je cite : des pathologies graves ; les polyopathologies ; les fins de vie ; les malades psychiatriques ; les soins sans consentement ; des sorties impossibles pour certains des patients faute d'un aval adapté ; des patients sans droit, sans papier et sans sécurité sociale. Faire évoluer l'offre de soins au service de la population doit répondre à une triple exigence : l'accès aux soins ; la qualité des soins pour tous ; la proximité des services, et notamment pour les plus précaires. Le raisonnement ne peut pas s'écarter de la notion de service rendu à la population. En aucun cas une politique hospitalière ne peut se réduire à une politique tarifaire, surtout face aux nombreux défis qui nous attendent.

Rapidement, il y a six défis. Premièrement, le défi démographique que constitue le vieillissement de la population, qui requiert une évolution de nos prises en charge en transversalité, la ville, l'hôpital, les médico-sociaux. Je vous rappelle que nous avons pris 40 ans en 150 ans d'existence. Un défi épidémiologique. L'organisation actuelle est fondée sur la prise en charge des pathologies aiguës alors qu'aujourd'hui, comme l'un des intervenants l'évoquait, les enjeux sont bien la prise en charge des pathologies chroniques. Le troisième défi est un défi technologique et réglementaire toujours difficile. Ils sont souvent associés. Le défi des décloisonnements, nous en avons tous parlé, entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et médico-social. Le défi lié à l'évolution des comportements, tant des usagers que des professionnels, dans le contexte démographique catastrophique nous avons évoqué, et bien sûr les défis financiers que nous avons tous évoqués concernant l'application de la T2A.

En conclusion, quel est l'hôpital de mes rêves ? Je voudrais que l'hôpital retrouve son dynamisme, qu'il garde sa triple vocation de soins, d'enseignement et de recherche, qui sauvegarde les raisons de notre engagement. Que l'hôpital soit ouvert et transparent, qu'il travaille en réseau et en partenariat avec la ville, le médico-social, et bien entendu le libéral. Que l'hôpital fonctionne comme la grande équipe dont il est constitué d'hommes et de femmes. Reste à concilier et à réconcilier les intérêts mélangés des équipes, des pôles, et les différentes strates administratives qui ignorent trop souvent ce qui devrait les unir, à savoir la qualité des soins et la pertinence des actes. Réduire le déficit, c'est une chose, mais sans sacrifier ni aux soins ni à l'innovation.

Pour conclure, je voudrais juste évoquer la notion de santé rentable. Nous parlons beaucoup de dépenses de santé, mais investir dans la santé revient également à investir dans l'humain, dans

l'éducation et la formation. C'est aussi donner plus de chances aux hommes dans le cadre du développement du monde du travail.

Claude LE PEN

Merci Rachel. André Grimaldi ?

André GRIMALDI, Chef du Service de diabétologie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière

Je suis perplexe, parce que Claude Le Pen avait annoncé deux temps de débats. Je vois qu'il n'y en a qu'un dominé par la gestion. En effet la T2A, telle qu'elle a été appliquée, percute l'hôpital, transforme profondément notre système, et amène à se reposer les questions de fond. Notre système reste globalement bon mais il va mal. Nous avons été classé premier par l'OMS en 2000. Nous avons reculé à la septième place car les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins croissent et notre taux de mortalité prématuré évitable est très mauvais, faute d'une place suffisante donnée à la prévention. Le problème fondamental dont nous discutons est celui du coût de la santé. Vu sa croissance plus rapide que celle de la richesse nationale, tout le monde est d'accord pour une régulation. La question est quelle régulation, selon quels principes et selon quelles modalités ? Sur l'avenir de l'hôpital et ses missions d'aujourd'hui, j'essaierai de dire quelques mots.

Les idées forces essentielles sont 1) que les besoins de santé définis par l'OMS sont des besoins illimités 2) que le patient peut être informé voire surinformé, il ne sera jamais un consommateur éclairé, même s'il est lui-même médecin ! Parce que c'est d'abord une personne angoissée. C'est d'ailleurs pour ça qu'il ne faut pas qu'un médecin se soigne lui-même. Tous ceux qui disent que les patients sont dorénavant des consommateurs éclairés parce qu'ils vont sur Internet, se trompent et nous trompent. Allez sur les sites médicaux sur Internet, vous allez faire monter votre niveau d'angoisse et vous allez vous précipiter chez le médecin en croyant avoir toutes les maladies. Vous trouverez en outre des informations très contradictoires. Vous savez bien que les médecins eux-mêmes ont du mal à saisir toutes ces informations et à en faire la synthèse. Si le patient n'est pas un consommateur éclairé, et si les besoins sont illimités, la question clé est bien celle posée par Gérard Vincent : celle de la pertinence des actes qui est aussi une condition de leur qualité voire de leur sécurité. En gros, tout le monde sait que 15 à 25 % des prescriptions et des actes sont injustifiés. Je ne dis pas non contributives, je dis injustifiés. C'est une question majeure et qui devrait être essentiel dans la formation des professionnels de santé comme pour la régulation de notre système de soins. Sauf si nous pensons que la médecine moderne produit des soins comme on produit des voitures ou comme on réalise des prestations standardisés et que le patient est un consommateur éclairé. Alors l'hôpital doit devenir une entreprise comme les autres. La régulation de la santé doit se faire au moins en grande partie par des mécanismes de marché en faisant jouer la libre concurrence. Il ne faut pas jouer sur les mots. L'hôpital est bien sûr une entreprise humaine collective qui doit être organisée. Un orchestre aussi est une entreprise humaine. C'est au sens d'entreprise commerciale vendant une production standardisée, qu'a été développé le concept Hôpital Entreprise. La loi HPST a d'ailleurs été décalquée de la loi du commerce, jusque dans les termes de directoire, de conseil de surveillance.... Il s'agit donc d'un choix idéologique erroné qui explique le décalage entre le vécu de ma génération et celui de la jeune génération médicale actuelle, Ils ne sont pas moins bons,

pas moins motivés mais ils sont victimes d'un double processus de déshumanisation : la marchandisation et la bureaucratisation. Pour nous l'hôpital était le lieu de la liberté, et le lieu du progrès. On ne doutait pas de son avenir dans la lancée de la grande réforme intégrative de 1958. Certes il n'y avait pas beaucoup d'évaluations, sûrement pas assez de règles et de contraintes. Certes on ne se préoccupait pas beaucoup du coût des soins. Mais aujourd'hui nous vivons une contradiction kafkaïenne entre une logique marchande inflationniste qui est celle de la T2A et une logique bureaucratique exponentielle conduisant à transformer des postes de soignants en postes de codeurs T2A. On passe un temps délirant à « soigner la T2A » et les indices de performances au lieu de soigner les malades tandis que la Sécu et les ARS embauchent des contrôleurs. Qui sait ce que coûte la T2A ? Cette machine infernale autoentretenu ne pourra pas durer. Ou nous irons vers la logique de Monsieur Durosset, nous abandonnerons l'ONDAM et il y aura des prix de marché, ou nous irons vers une régulation publique. C'est sur cette alternative que devrait porter le débat dans une authentique démocratie de citoyens éclairés.

Cette alternative se traduit par le choix entre efficacité ou rentabilité. Ce n'est pas du tout la même chose. L'efficacité, c'est le juste soin au moindre coût. Les médecins sont comptables du coût de leurs prescriptions. Pourquoi telle statine plutôt que telle autre ? Pourquoi tel examen ? Pourquoi une hospitalisation ? Sera-t-elle utile ? Etc. Du point de vue de la rentabilité, le fait de savoir si c'est utile ou non n'est pas le sujet. La question est seulement : est-ce que cela rapporte ? Vous entendez aujourd'hui des directeurs d'hôpitaux dire qu'il faudrait augmenter l'activité de 3 %. C'est une barbarie de dire cela. Face à cette injonction, que font les médecins ? Ils multiplient les actes. Ils posent un peu plus de pacemakers, ils réalisent un peu plus d'angioplasties coronaires, ils augmentent les hospitalisations de jour ou de semaines... Et les directeurs les félicitent, comme cela m'est personnellement arrivé, à ma grande honte. D'ailleurs, regardez bien ce qui se passe. Pour obtenir l'accréditation pour faire des angioplasties coronaires, il faut en faire au moins 400 par an. Ceux qui n'en font que 350 se disent qu'ils ne vont pas décrocher l'accréditation. Ils demandent six mois de sursis, et en ces six mois, ils rattrapent absolument le retard. C'est partout pareil. On veut fermer la chirurgie cardiaque d'Henri Mondor, et en six mois, son activité se développe spectaculairement.

La T2A est une technique de financement adaptée à un certain nombre d'activités. Elle est bien adaptée aux activités standardisées et programmées comme la dialyse et la chirurgie ambulatoire. Elle est totalement inadaptée à la psychiatrie et à la maladie chronique qui est le grand sujet des années à venir. Où est né le modèle de l'éducation thérapeutique ? Où s'est-il développé ? Pas grâce la loi HPST. Ce n'est pas Madame BACHELOT qui a inventé l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique s'est développée depuis 30 ans, en particulier dans ma spécialité, la diabétologie, dans les hôpitaux publics et uniquement dans les hôpitaux publics, non pas parce que nous étions géniaux. Premièrement, parce qu'il y avait des équipes à l'hôpital. On travaillait ensemble, médecins, infirmières, diététiciennes... Deuxièmement, nous avions un budget global. Ce qui était terrible pour ceux qui avaient des activités techniques, qui posaient des prothèses de hanche ou des stents coronariens ou prescrivaient des chimiothérapies de plus en plus coûteuses faisant exploser le budget, était pour nous une chance. Nous discutons avec le directeur de notre activité et de nos projets. Nous avons seulement besoin d'une évaluation comparative d'un établissement à l'autre.

Rapidement maintenant, où va l'hôpital ? Pour répondre il faut rompre avec la pensée unique. Nous sommes dans un modèle pluriel. J'ai connu l'hôpital où nous allions tous, médecins et chirurgiens assister aux grandes confrontations anatomo cliniques mensuelles de médecine interne. Tout l'hôpital « montait » à ces confrontations organisées par le professeur Blétry, où on

faisait plancher un « maître » sur un dossier complexe .J'en garde des souvenirs éblouissants. Cela n'aurait plus aucun sens aujourd'hui. Nous ne faisons plus les mêmes métiers. Nous ne parlons pas de la même chose. Je suis un spécialiste des maladies chroniques. Mon métier n'a pas grand-chose à voir avec celui d'un réanimateur, Je dirais que l'évolution se fait dans deux grandes directions. Premièrement, il y a ce progrès fantastique de la biotechnologie qui a amené par erreur Claude, mal conseillé, à penser que la médecine devenait « industrielle ». Claude, il y a une petite part de vrai dans ce que tu dis. C'est le cas du radiologue qui applique une procédure... Comme les plus vieux d'entre vous, j'ai parfois dû aller faire des échographies. Que fait le radiologue ? Il ne me parle pas. Pour me dire de me tourner, il fait un moulinet avec son doigt. On n'est pas loin de la bagnole à réparer au garage. J'accepte. Cela ne me gêne pas. Je préférerais qu'il me parle, mais c'est secondaire. J'ai rencontré un chirurgien cardiaque qui ne voit pas les malades. Il ne voit que leur valve mitrale. C'est très bien. Le malade voit un cardiologue. Tout son dossier est préparé, et le chirurgien est un technicien supérieur réparateur de valve. Pour moi ce n'est plus un médecin. La médecine industrielle ce n'est qu'une toute petite part de la médecine et pour moi, ce n'est pas de la médecine.

Laurent Degos est parti, mais il a écrit un remarquable livre sur les crises. Il explique que même en chirurgie, la médecine n'est pas industrielle, parce que l'on a à faire à une variabilité extrême de l'être humain. Est-ce que l'on pourra un jour programmer dans le détail le déroulement entier d'une opération, la faire réaliser par des robots ? Pourquoi pas ? Ça serait un progrès même si on a appris qu'il faut se méfier du progrès. Mais pour l'instant c'est du rêve. C'est l'inverse qui est vrai. Un article important publié dans le New England traite de cette question. Il porte sur 80 000 patients opérés dans des services de chirurgie vasculaire accrédités. La morbi-mortalité post opératoire varie entre 3 et 6 % selon les services. Les auteurs de l'étude ont cherché à savoir d'où vient cette différence allant du simple au double? S'agit-il du respect des procédures ? Non ! S'agit-il du nombre d'événements postopératoires ? Non ! C'est la réactivité des équipes qui est en cause C'est l'infirmière qui dit « ce malade va mal, il fait une embolie pulmonaire, il faut le transférer immédiatement en réanimation ». C'est le chirurgien qui dit « ce malade saigne, il faut le reprendre tout de suite ». C'est cela qui fait la différence des équipes réactives habituées à travailler ensemble.

La conclusion de Laurent Degos, que je reprends à mon compte : certes le médecin est devenu un ingénieur comme le dit Claude, mais c'est d'abord un artisan et lorsqu'il a du talent, c'est un artiste. Et on dit que la T2A peut être adaptée à cela ! On parle de « T2A qualité » .Je crains le pire Franchement, pour les soins palliatifs, la T2A c'est dément. Vous allez peut-être durer plus de 15 jours ce n'est pas rentable mais si vous filez dans les trois jours, vous êtes une bonne affaire. Pour la fin de vie, c'est le prix de journée qui est adapté. Pour la diabétologie et les maladies chroniques, c'est le budget global avec des critères simples d'activité qui est adapté.

La deuxième grande évolution concerne le développement des maladies chroniques. Beaucoup de gens ont la vision que la maladie chronique est certes une maladie qu'on ne guérit pas, mais une maladie stable. Non. C'est une maladie évolutive. La maladie chronique a bien évidemment sa place à l'hôpital, non pas seulement parce qu'il s'agit parfois de maladies rares ou complexes, non pas seulement parce qu'elle peut se compliquer de façon aiguë mais parce que nous sommes en échec : triple échec, biomédical (quelle personnalisation du traitement ?), stratégique (quelle organisation de la prise en charge ?) et relationnel (quel partenariat avec le patient et son entourage ?). Cela nécessite bien évidemment des travaux de recherche, des expérimentations, et de la formation avec une collaboration ville /hôpital etc.

Le dernier sujet est en effet le rapport de l'hôpital avec la ville. Là, tout le monde le reconnaît, notre système mixte mi public mi privé, est devenu un système cloisonné. Il dysfonctionne dans au moins trois domaines : les urgences, les personnes âgées et les maladies chroniques. L'hôpital a tous les défauts que vous voulez. Les médecins hospitaliers ne sont pas les derniers à les dénoncer. Mais heureusement qu'il est là. Pensez à la crise du sida. Pensez à la canicule, et pensez aux urgences. On est passé en 10 ans de 8 millions à 16 millions de passage aux urgences par an. Les urgences, c'est en partie la faillite de la médecine de ville. Concernant le sujet âgé de plus de 80 ans, quoi qu'il lui arrive, problème social ou médical, problème simple ou plus grave, la réponse est univoque : hôpital, etc. Quant aux maladies chroniques, le parcours de soins ressemble bien souvent à une course d'obstacles. Cela suppose d'en finir avec un système complètement cloisonné. Les médecins ne travaillent pas avec les paramédicaux. Il y a le secteur 1. Il y a le secteur 2. Il y a l'hôpital, et il y a en plus 5 % des médecins du secteur hospitalier qui pratiquent les dépassements d'honoraires ce que rappelait Monsieur Durosset oubliant de dire que dans les cliniques commerciales c'est 85%. Ce système est donc éclaté, ce qui suppose de le refonder. L'hôpital peut être utile pour aider à construire des maisons de garde, pour aider à travailler dans des maisons médicales des maladies chroniques en ville, et pour transférer vers la ville un certain nombre d'activités mises au point à l'hôpital, et qui peuvent être diffusées dans l'ensemble du système de soins

Ou l'on prend l'hôpital public et les CHU comme tête de pont, et on poursuit ce qui avait été la grande réforme de 1958, et qui a hélas aujourd'hui épuisé sa force propulsive, ou on choisit autre chose. La médecine devient industrielle Elle produit des prestations standardisées et donc tarifées. Vous soumettez ces prestations au jeu de la concurrence libre sur un marché réglementé, avec des patients qui éclairés par la communication (et la publicité ?) sur Internet choisissent au mieux....

Je termine par une anecdote. Avec des collègues, nous avons rencontré un ancien premier ministre. Nous lui avons expliqué notre point de vue, et il nous a répondu que la médecine allait devenir un business mondial. La France est selon lui très bien placée sur ce marché. Il y aura des hôpitaux trois, quatre ou cinq étoiles, comme il y a des hôtels trois, quatre ou cinq étoiles. La jet-set arrivera en avion, et sera transportée en hélicoptère dans sa suite à l'hôpital cinq étoiles. Mon collègue le professeur Vernant, oncohématologue, dit au premier ministre que cela existe déjà en France, mais ne marche pas. Ce dernier lui demande : « où ? ». « A l'hôpital américain ! ». Le premier ministre pâlit, et nous confie qu'il doit s'y faire opérer dans 15 jours. Mon collègue toujours aussi flegmatique rétorque « s'il y a bien un endroit où je ne se ferais pas opérer, c'est là ! ». Le premier ministre nous explique son problème et nous demande si un de nos collègues ne pourrait pas s'occuper de lui .En 10 minutes, vous avez le résumé de la question fondamentale de la santé et la raison pour laquelle elle doit échapper au marché. Merci de votre attention.

Claude LE PEN

Merci André. Cela prouve aussi le problème de l'asymétrie de l'information. Le livre de Laurent Degos sur les crises n'a pas reçu beaucoup d'attention, mais est vraiment très bien. Ce n'est pas du tout un bouquin académique ou institutionnel, et il comporte une véritable réflexion sur la spécificité française de la crise sanitaire. Il y a en effet un modèle français de la crise sanitaire que l'on ne trouve pas ailleurs, et il y a une réflexion là-dessus qui est très intéressante. Nous allons terminer avec Alain Michel Céretti, pour les usagers.

Alain Michel CERETTI, conseiller Santé, Défenseur Des Droits

Vous avez raison de rappeler que je ne m'exprime pas au nom du Défenseur des droits, mais bien plus comme ancien président d'association, et très impliqué dans ce monde, comme vous le savez. C'est une très bonne idée d'avoir invité le professeur Grimaldi, et je vous remercie encore plus de me proposer de parler juste après lui. Merci de l'avoir invité, parce que comme vous le savez, je suis rentré de façon contrainte dans le monde de la santé qui n'était pas à l'origine mon domaine de compétence. Il l'est devenu par la force des choses en 1997. J'ai donc vu plusieurs campagnes présidentielles où l'on attendait que les questions de santé soient débattues. Elles ne l'ont jamais vraiment été. Je ne suis d'ailleurs pas certain qu'elles le soient davantage pour celle-ci. Là où j'ai par contre été extrêmement étonné et intéressé, c'est de voir quand même que nous étions dans ce débat d'aujourd'hui dans un réel consensus, et que les représentants de la gauche qui sont là ne proposent pas de jeter le bébé avec l'eau du bain.

On doit adapter la T2A. On doit adapter la loi HPST, mais ce ne sera pas le grand soir, à gauche comme à droite. Nous sommes finalement sur un consensus. Est-ce que c'est une bonne chose ? Monsieur Grimaldi vient de nous dire que c'est la pire des choses. D'autres pourraient penser qu'enfin, nous sommes sur des consensus qui sont tracés, et que nous allons pouvoir nous débarrasser des questions idéologiques qui polluaient finalement jusqu'à présent le débat. En effet, pour les Français et les malades, Monsieur Grimaldi a raison. En matière d'orientation dans le système de santé, les Français ne sont pas vraiment éclairés, il faut les éclairer. Je ne suis pas tout à fait certain que le médecin soit la seule lanterne qui puisse éclairer le malade. Il en faut d'autres. Mais pour le malade, aujourd'hui en 2012, il n'y a pas de fracture idéologique. Finalement, la seule fracture que j'ai retrouvée dans vos débats d'aujourd'hui est cette fracture public-privé, en précisant qu'il ne s'agissait pas du privé non lucratif qui se rapproche soit de l'un, soit de l'autre, mais bien du privé lucratif marchand imprégné d'une démarche supposée commerciale. Parce que oui, en France, en matière de santé, l'argent apparaît comme sale.

En 2011, à la suite du scandale Médiateur, j'ai présidé le groupe 4 des assises du médicament, composé d'une soixantaine de personnes dont des représentants des laboratoires ; ces laboratoires qui développent de nouveaux médicaments ne sont pas toujours bien vus. On leur reproche souvent de mettre sur le marché trop de molécules inutiles, de penser plus à leurs bénéfices qu'à l'intérêt général. Cependant, ne l'oublions pas, sans le médicament, l'hôpital serait une boîte vide. Une boîte très compassionnelle certes, mais peu efficace sur le plan médical. Aujourd'hui, les acteurs du monde de la santé du secteur marchand ne sont pas toujours regardés comme des acteurs éthiques. Ils portent en eux une suspicion de fait, dont ils n'arrivent pas à se défaire. Il faut admettre que les récents scandales sanitaires participent largement à ce déficit d'image. C'est une spécificité française, il faut le reconnaître.

En matière de soins, pour revenir sur l'hypothétique fracture public/privé, ce n'est pas forcément un problème pour les malades qui vont indépendamment à l'hôpital public, à la clinique privée, ou à l'établissement privé non lucratif sans se soucier des spécificités administratives de l'établissement qu'ils fréquentent. Ils ne font pas bien la différence entre l'hôpital de la Croix Saint-Simon à Paris et l'hôpital Cochin. Comme vous l'avez rappelé, il s'agit pour eux d'une offre de soin de proximité et de qualité qui porte, comme cela a été rappelé par Monsieur Prél, sa contradiction. Il est évident que la première chose que je veux pour mes enfants est un établissement qui est suffisamment équipé, avec une équipe médicale compétente. Si je dois choisir à la limite entre un médecin qui n'est pas compétent, mais super

aimable et très humain, et un médecin qui a un sale caractère, mais super compétent, c'est évidemment le deuxième que je vais prendre. Si je peux avoir fromage et dessert, c'est mieux. Nous sommes bien d'accord.

Pour les Français, cette fracture Public Privé n'existe pas. Ils vont ainsi fréquenter l'un et l'autre de la même façon. Cependant, la fracture relayée par les associations et que l'on voit arriver chez le Défenseur des droits, que j'ai vu émerger chez le Médiateur de la République, ce sont les problèmes de dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires, non compris, sont considérés comme illégitimes. Quand vous allez dans un établissement privé lucratif : une clinique privée ; vous vous attendez à payer des dépassements d'honoraires. Ils sont donc compris. Et dès lors, ils deviennent légitimes. Peut poser question la façon dont ils sont demandés. Il y a de ce point de vue un cadre juridique et éthique que les professionnels de santé se doivent de respecter. Nous parlons beaucoup de l'hôpital public aujourd'hui. Ce qui est le moins compris des Français, ce sont les dépassements d'honoraires à l'hôpital public ; car ils sont inattendus donc considérés comme illégitimes même si la loi autorise ces pratiques.

Dans le privé, quand je vais rencontrer, le docteur X, pour me faire opérer j'ai choisi mon médecin, et en quelque sorte, je paye ce choix, ou ma mutuelle paiera ce choix. A l'hôpital public, très honnêtement, aujourd'hui, notamment dans certaines grandes villes et plus particulièrement à Paris, le dépassement d'honoraires n'est rien d'autre qu'un coupe-file. Plutôt que d'attendre trois mois, je vais être pris en charge dans les dix jours. Je m'achète donc la possibilité d'être pris en charge plus rapidement. Pour autant, je ne m'achète pas forcément la possibilité d'être opéré par le professeur untel. Ce n'est d'ailleurs pas forcément une mauvaise chose. Lorsque le professeur untel arrive en effet à 70 ans, il commence également à trembler un peu du bistouri. C'est donc aussi bien que ce soit le chef de clinique qui m'opère. Tout cela manque singulièrement de transparence. Certaines dérives constatées doivent cesser. Il faut ramener de l'éthique, donc de la transparence dans les activités libérales au sein des établissements de santé publics dans notre pays.

La question qui a été évoquée par Gérard Vincent sur l'évaluation de la performance des actes est tout à fait essentielle, car c'est une des composantes de la qualité et de la sécurité des soins prodigués. On dit que c'est très compliqué à faire. Mais cela est réalisé tous les jours au décours des nombreuses expertises médicales contentieuses dont précisément le but est bien notamment la pertinence de soins mis en causes. L'évaluation de la pertinence des soins, est réalisée donc tous les jours au décours d'expertises amiables ou contentieuses en CRCI, et en judiciaire. Face à un médecin mis en cause, un de ses pairs, un expert, va devoir évaluer la pertinence des soins de son confrère. Nous savons donc le faire à l'occasion d'un débat contradictoire, et souvent pluridisciplinaire.

Nous savons donc faire de l'évaluation de la pertinence des soins. Nous connaissons la voie, et il est vrai que c'est un chantier dont il est dommage qu'il n'ait pas démarré plus tôt. Il paraît nécessaire, que ce chantier s'ouvre sans tarder.

Je terminerai par ceci. On nous a dit que le trésor de la France était le triple A. Finalement, lorsque nous sommes passés au double A, nous nous sommes aperçus que ce n'était pas un grand drame, que la vie continuait, et que rien ne s'effondrait. Le vrai trésor de chaque Français, et de chaque homme sur cette terre, c'est sa santé. Le vrai trésor des Français, c'est leur système de santé. Ils y sont extrêmement attachés, et ils ont raison. Vous savez, dans le monde la France brille par peu de chose sur le plan industriel, ou en termes de produits manufacturés. Elle brille par son art de vivre, le tourisme, sa gastronomie. Elle brille par son industrie du luxe, mais elle

brille aussi par la santé. Le monde entier envie les Français pour leur système de santé en termes d'accès, de coût, mais aussi en termes de qualité, notamment en pour la qualité de ses hôpitaux. La France est l'un des rares pays où lorsque l'on est très malade, en situation d'urgence, on va volontiers à l'hôpital. Dans tous les cas, pour des soins urgents ou programmés, aux Etats-Unis comme dans la plupart des autres pays du monde, vous allez à l'hôpital public lorsque vous n'avez pas les moyens d'aller ailleurs. Cette logique n'est pas française et il faut s'en féliciter

Nous parlions de gestion de l'hôpital public et de management. Savez-vous que le CHU de Montréal est administré par un directeur d'hôpital français depuis peu, et que cela fait débat là-bas ? Imaginez un peu l'APHP administrée par un Canadien. Je puis vous assurer que cela ferait aussi débat chez nous !

Cela veut dire que probablement nos écoles, l'EHESP de Rennes notamment, ne sont pas si mauvaises, et que si nous exportons notre management en santé au-delà de l'Atlantique, c'est qu'il y a certainement de bonnes raisons aussi. Je veux dire par là que ce qui me plaît dans ce que j'ai entendu ce matin, c'est que peut-être pour la première fois depuis 13 ou 14 ans que je suis dans le milieu de la santé, on ne s'est pas auto flagellé à l'occasion d'un grand débat santé. Nous sommes assez d'accord pour dire que les choses pourraient être bien pires qu'elles ne le sont. Je n'ai pas entendu de politiques qui noircissaient le trait. J'ai entendu des politiques impliqués, concernés et responsables sur le fait que si notre système de santé se fragilise, il faut tout faire pour le préserver selon ses principes de solidarité. Nous avons tous compris qu'il fallait se mettre autour de la table et redresser les manches. Ces manches ne sont ni de droite ni de gauche, et c'est ensemble que nous allons y arriver parce que nous avons le devoir de transmettre à nos enfants ce système de santé, dont l'excellence et l'accès sans contrainte de ses hôpitaux et cliniques sont les caractéristiques que le monde nous envie encore ...

Claude LE PEN

Merci Alain Michel pour cette conclusion que je partage assez. Avant la pause, puisque Philippe Juvin doit partir dans un lieu suprême voir des gens très éminents, par exception à la règle, un petit mot puisqu'il n'interviendra pas dans la seconde partie du débat.

Philippe JUVIN

Trois ou quatre points très rapides. Premièrement, l'hôpital ne doit pas être rentable. Il faut arrêter avec cette phrase qui revient. L'hôpital ne doit pas être rentable. Personne ne le dit. Personne ne le veut. Nous voulons simplement que l'hôpital soit l'équilibre. Le deuxième point est que j'ai entendu Gérard Vincent qui disait que l'hôpital public gagne des parts de marché. Heureusement que c'est toi qui as dit cela, parce que si ça avait été moi, cela aurait été épouvantable. Mais concernant ces gains de parts de marché, c'est la démonstration, et je n'en dirai pas plus, qu'il n'y a pas de privatisation de l'hôpital public. Nous sommes plutôt dans un développement de l'hôpital public. Troisièmement, nous avons fait en fait deux choses. Premièrement, nous avons décloisonné un système extrêmement cloisonné. Nous parlons de la ville et de l'hôpital, mais le cloisonnement chez l'urgentiste, je vous assure qu'il est aussi à l'intérieur de l'hôpital. J'entends souvent : mes lits ; mon service ; mes infirmières ; mes blocs

opératoires. Vous avez tous entendu cela. Nous sommes donc en train d'essayer de remédier à ce cloisonnement. Nous avons voulu en même temps tirer l'hôpital public vers l'excellence. Ce sont les IHU. Ce sont nos deux grandes voies.

Quatrièmement, je suis d'accord avec le professeur Grimaldi. La T2A répond en fait à des impératifs dans certains domaines, et est inadaptée dans d'autres. L'intelligence va être de faire évoluer le système. Mais globalement, comparer la T2A à ce qu'il y avait avant... Tout système est imparfait. Je souhaite donc que la T2A évolue d'une manière intelligente. Je suis en fait d'accord avec toi. Enfin dernier point, Gérard Vincent, quand tu parles des actes inutiles, personne n'en a parlé. J'ai un souvenir ému. Je suis le seul homme politique, il y a deux ou trois ans, à avoir mis sur le tapis la question des actes inutiles, des actes répétés, des actes qui finalement étaient dangereux. J'ai un souvenir ému de l'accueil de la CME de mon hôpital lorsque j'ai pris cette position. J'ai défendu cette affaire, et j'ai le souvenir de ne pas avoir été beaucoup soutenu à l'époque.

Claude LE PEN

La jurisprudence Juvin étant étendue au cas Bapt...

Gérard BAPT

Je voudrais dire que je ne vais sûrement pas rencontrer les mêmes personnalités que le professeur Juvin, parce que je pense que la gauche et la droite, cela existe toujours, y compris sur la conception que l'on peut avoir de l'hôpital public. J'ai bien dit qu'en ce qui nous concerne, nous rejetons l'idéologie de l'hôpital entreprise. Nous rejetons le fait que la loi HPST ait supprimé l'existence de l'hôpital public, et qu'elle renvoie à des établissements de santé, quel que soit leur statut, des missions de service public. Nous rejetons d'ailleurs dans la même logique la directive européenne Services qui assimilerait les soins aux activités marchandes, et à la prestation de services.

La deuxième chose est par rapport à Gérard Vincent. Je suis tout à fait d'accord sur la question, et nous la reprenons, de la pertinence des soins. Le cas le plus emblématique est le taux de césarienne selon les établissements. Il peut en effet aller du simple au double, voire au triple. C'est aussi une question de pertinence des soins. Je rejoindrai enfin aussi, sur la question de l'encadrement des dépassements d'honoraires, en disant d'ailleurs à l'hospitalisation privée que je constate, puisque j'ai une grosse clinique privée sur ma commune, qui appartient pour le moment au médecin qui exerce. Malheureusement, cela ne va pas durer longtemps. Cela ne dépend pas de moi, puisque je ne suis pas actionnaire. Ils sont en voie de rechercher un repreneur, qui serait un grand groupe capitalistique. Je voudrais dire que la question des dépassements d'honoraires peut expliquer largement le fait qu'il y ait un déport de parts de marché vers l'hôpital public. J'observe les médecins généralistes dans ma commune, qui n'envoient plus en disant qu'ils exagèrent. J'ai d'ailleurs vu qu'un certain nombre de procédures allaient être déclenchées par l'assurance-maladie. Il faudrait aussi qu'elles soient déclenchées par rapport aux praticiens du service public, parce que c'est d'autant plus intolérable que cela se passe dans les services publics puisqu'à aucun moment les salariés de l'hôpital, en dehors des médecins, n'ont été présents dans ce débat.

Je rappelle que Monsieur Prél voulait supprimer les 35 heures et supprimer leur statut en les faisant passer sous un mode contractuel. Je rappelle que l'augmentation du nombre des accidents du travail et des arrêts maladie est peut-être due également aux conditions de travail et à l'abandon de cet esprit de service public, y compris lorsque l'on voit les plus grandes élites médicales et universitaires se livrer à de tels excès en ce qui concerne les rémunérations, qu'elles soient des dépassements d'honoraires, ou qu'elles soient parfois des rémunérations privées qui proviennent des études cliniques qu'ils font sur tel ou tel médicament, ou sur tel ou tel dispositif médical.

Pause

L'hôpital et sa gestion

Claude LE PEN

Si vous voulez prendre place, nous allons recommencer cette deuxième partie du débat avec presque les mêmes intervenants, Michel Hannoun, Président de la fédération UMP des métiers de la santé, remplaçant Philippe Juvin qui est parti. Gérard Bapt a dû partir. Nous trouverons un porte-parole. Rachel est là.

Nous n'allons pas reprendre la série des interventions, mais plutôt discuter, débattre et interpellier les uns et les autres. Pour lancer cela, Gérard, une synthèse ou une petite conclusion. Qu'as-tu pensé des échanges de ce matin ? Qu'est-ce que cela t'inspire comme réflexion, de manière à ce que l'on puisse rebondir sur tes propos ?

Gérard DE POUVOURVILLE

Merci de me donner une deuxième chance, parce que je suis vraiment arrivé en retard ce matin. Ce que j'ai entendu conforte un peu ce que je pense. C'est-à-dire qu'il y a des points de convergence. Il n'y a pas de remise en cause fondamentale sur finalement des aménagements qui ont été réalisés au cours du temps pour la réorganisation du système de soins. Il y a bien évidemment des points de convergence sur des objectifs de santé. Je ne crois pas que la gauche comme à droite, on ne se préoccupe effectivement pas du problème des pathologies chroniques. On a de la convergence sur la question de la pertinence des actes. Si je peux peut-être me permettre une remarque à Gérard Vincent et un petit pic au corps médical, l'assurance-maladie se préoccupe de la pertinence des actes. Elle fait des études sur ce sujet. Elle essaie de mettre en place des dispositifs, notamment au niveau des contrôles qu'elle peut exercer au niveau de l'hôpital. Je voudrais juste rappeler que dans le cadre du PMSI, l'assurance-maladie fait des contrôles sur des factures qui viseraient éventuellement à regarder si les actes qui ont été réalisés étaient pertinents. Les médecins ne vont quand même pas me dire que les médecins de la sécurité sociale sont bien reçus dans les hôpitaux lorsqu'ils essaient de faire ce travail. Je veux donc bien que l'on parle de pertinence des actes, mais lorsque l'on refuse les contrôles nécessaires pour vérifier cette dernière, cela ne vise pas à Gérard Vincent, mais plutôt les hospitaliers en général, on a alors un petit problème.

Deuxième petite remarque sur cet aspect : lorsque la T2A a été mise en place en 2004, il y a eu un gros débat. Notamment les économistes qui connaissent les systèmes de prospective de paiement savent très bien qu'un système comme la T2A ne peut pas être mis en place sans que systématiquement se mette en place un système de contrôle des recours à l'admission hospitalière d'une part, d'autre part un système de contrôle de qualité. C'est ce qui est fait aux Etats-Unis, et qui n'est pas fait en France. Je ne vous dis pas le tollé que nous avons suscité lorsque nous avons évoqué cette hypothèse d'une part de contrôler le parcours des patients dans le système de soins et dans le recours à l'hôpital, et d'imposer effectivement des contrôles sur la pertinence et la qualité des soins à l'hôpital à l'époque. Nous avons eu un tollé général, et nous avons dit : « certainement pas ». On ne récolte donc que ce que l'on a choisi de faire à l'époque.

Donc convergence malgré tout sur la pertinence des actes. Convergence effectivement sur la prise en charge des pathologies chroniques. Convergence sur les besoins de coordination entre l'hôpital et la ville. OK. Divergence cependant claire, quand même. Divergence idéologique au sens large du terme, pas au sens péjoratif du terme. Divergence idéologique forte. Il est clair que

j'ai quand même entendu qu'en gros, nos intervenants de gauche, si l'on peut dire, n'aiment pas à l'argent dans la santé. C'est clair. Ils n'aiment pas le privé. Je pense que l'on peut avoir des attitudes plus ou moins pragmatiques. On peut s'en accommoder, mais ils n'aiment pas la présence du privé dans la santé. Je pense que quelque part, la vision que pas mal de gens de gauche auraient du système de santé en France est un système complètement public, y compris la médecine de ville. Un système public intégré et hiérarchisé, y compris la médecine de ville, à la Suédoise d'une certaine façon. Pas à l'Anglaise, parce que la médecine de ville est privée en Angleterre, mais à la Suédoise.

Claude LE PEN

Même les pharmaciens sont publics en Suède.

Gérard DE POUVOURVILLE

Je pense donc qu'il y a une forte divergence de ce point de vue. Je pense qu'à droite, on s'accommode effectivement plus d'essayer de faire fonctionner le privé. On s'accommode en tout cas de l'existence du privé, mais avec là peut-être une idée qui a été avancée par Jean-Loup Durosset, mais aussi par Yves-Jean Dupuis et par d'autres, qui est de dire que la répartition public-privé en France, de même que le fonctionnement public-privé, c'est un héritage historique d'un mode de tarification qui a complètement clivé les deux systèmes. Nous n'y pouvons rien. Cela a complètement clivé les deux systèmes, et cela a créé des modèles économiques différents dans les deux systèmes. Nous avons tout à fait l'opportunité aujourd'hui, par le biais de la T2A, de dire au privé qu'on lui colle des missions de service public, et de lui demander de démontrer qu'il fait mieux que le service public. Nous avons tout à fait cette opportunité. Nous pourrions y réfléchir.

Dernier point : hôpital-entreprise, hôpital rentable. Je pense qu'il y a toujours dans le discours cette espèce de tentations de dire qu'à partir du moment où l'on propose d'importer des méthodes de management dans l'hôpital public, on dit que ces méthodes de management transforment l'hôpital public en structure commerciale et marchande. C'est un amalgame. Ce qu'Yves-Jean Dupuis a dit me paraît très intéressant, à savoir que je suis dans une école qui a un fort investissement dans l'entrepreneuriat social. Ce sont donc des entreprises à but non lucratif et social, et où les gens apprennent à optimiser et à fonctionner de façon efficiente dans le cadre d'un entrepreneuriat social. Je voudrais donc également une bonne fois pour toutes, et cela serait bien, que l'on ne parle pas de l'hôpital-entreprise... En parlant de l'hôpital-entreprise, on est en train de dire qu'au fond, l'hôpital ne peut pas utiliser des méthodes de management modernes sans perdre son âme. L'hôpital public a prouvé que ce n'était pas le cas. Il faudrait donc que l'on arrête ce débat, parce que c'est un peu fatigant.

Claude LE PEN

Je suis assez d'accord avec toi. C'est un peu paradoxal, parce qu'en 1999, les cliniques privées sont tombées sous la coupe des ARH. La T2A était aussi d'un certain point de vue l'idée d'avoir un seul système. Nous pourrions donc avoir une lecture de l'évolution à rebours, en disant au fond que nous avons nationalisé d'un certain point de vue le secteur privé en lui donnant les mêmes outils de tarification, en lui donnant la même tutelle, et en sortant de ce qu'on appelle le QL... Il y a donc des lectures rétrospectives qui sont un peu différentes des lectures prospectives. Je me

souviens à propos de la pertinence des actes qu'en 1994, lorsque nous avons fait les références médicales opposables, il y avait eu une levée de boucliers à l'époque en médecine ambulatoire, et même des petits *booklets* qui circulaient en disant comment tromper votre médecin contrôleur. Ce que nous appelons aujourd'hui comme solution, ce sont donc des choses qui, à un moment donné, ont été considérées comme une entorse fondamentale aux principes déontologiques fondamentaux du système de santé. A cinq ou six ans d'intervalle, les choses font des retournements complètement spectaculaires.

Gérard Vincent, tu as été interpellé par Gérard de Pourville. De plus, tu n'avais pas complètement terminé. Tu as respecté un peu la dichotomie, et tu avais donc deux ou trois choses à dire sur la T2A.

Gérard VINCENT

J'ai quatre points à développer. Premièrement, cela ne me dérange pas de dire que l'hôpital est une entreprise. Cela fait 35 ans que je lui dis, et je n'ai pas honte de le dire. C'est une entreprise de service public. Comme certains le savent, j'ai dirigé une administration il y a pas mal d'années. Je peux vous dire que si l'on gérait les hôpitaux comme on gère les administrations, il y a longtemps que les malades ne seraient plus soignés. L'hôpital n'est pas là pour faire du bénéfice, mais il doit être géré comme une entreprise au bon sens du terme. Dieu merci, nous avons des entreprises en France. Si nous n'avions pas d'entreprise, nous ne serions pas là autour de cette table. Je n'ai donc pas honte de dire cela, même si je précise qu'il s'agit d'une entreprise de service public. Nous utilisons des méthodes de management classiques.

Sur la convergence, vous savez ce qu'en pense la FHF. Nous sommes contre la convergence, pas parce que l'hôpital public a vocation à être plus cher que les cliniques. Etre plus cher n'est pas un objectif. Quand on est public, on doit avoir pour objectif d'être le meilleur et le moins cher. Nous n'avons pas d'actionnaires à rémunérer et donc pas de bénéficiaires à dégager. Si on est plus cher, c'est qu'il y a des raisons. Certes, hôpitaux et cliniques font bien entendu un peu la même chose. Un malade est un malade. Mais nous n'avons pas tout à fait les mêmes malades. Il existe aujourd'hui des études universitaires qui montrent que ce que nous affirmons depuis quelques années est vrai. Je pense notamment aux travaux de Madame le Professeur Brigitte Dormont. La convergence est donc pour nous une ineptie aujourd'hui, et il faut y mettre un terme. Je rappelle que la moitié des cliniques commerciales font la moitié de leur chiffre d'affaires avec 17 tarifs. Elles sont sur des niches, même si ce n'est pas une critique. Elles le font probablement bien. J'en suis même certain. Mais lorsque l'on voit l'éventail de cas traité par un centre hospitalier ou un CHU, on voit bien que ce n'est pas tout à fait pareil.

Paradoxalement et, contrairement à ce qu'affirment certains, la T2A a sauvé l'hôpital public. J'ai connu l'époque où directeur de l'hôtel-Dieu, je suppliais au mois d'octobre les orthopédistes de ne plus poser de prothèses, parce que je n'avais plus d'argent pour les acheter. Quand on me demandait ce qu'il fallait faire des malades, je disais qu'il fallait les envoyer en clinique. Drôle de conception du service public. J'ai connu cette époque. Dieu merci, la T2A a mis fin à cette tendance mortifère pour l'hôpital. Ceci dit, il faut faire évoluer le système de tarification car la T2A, telle que nous la connaissons, a atteint ses limites. Il ne faut pas la condamner. Il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Il faut faire évoluer la T2A. Pourquoi ? Parce que nous ne sommes pas capables aujourd'hui de réguler l'augmentation de l'activité en volume dans les hôpitaux publics et privés. Nous constatons qu'il y a chaque année une progression de 2 à 3 % de

l'activité. Probablement à tort, mais c'est comme ça. Lorsque nous aurons mis en place les systèmes d'évaluation de la pertinence, peut-être saurons-nous mieux maîtriser cette croissance.

Dans la mesure où il faut respecter l'ONDAM. Il existe forcément une régulation prix/volume. Quand l'activité augmente, on ne peut pas augmenter les tarifs. L'an dernier, les tarifs ont baissé. Ce sera encore le cas en 2012. On voit bien qu'un hôpital qui, sur son territoire, fait bien son travail, a des taux d'occupation et des durées de séjour corrects, en qui les médecins de ville ont confiance, ne peut pas s'en sortir sauf à supprimer des emplois s'il ne développe pas son activité. Ses charges croissent en effet de 3 % à effectif constant. Il n'y a pas de raison qu'il baisse ses charges s'il est dans la moyenne. Par contre, ses recettes stagnent. Il a donc un écart de trois points. Si vous faites un écart de trois points trois ou quatre années de suite, vous voyez bien que c'est catastrophique. Il y a donc bien une limite au modèle de financement. Il ne faut donc pas remettre en cause la T2A, mais il faut probablement revenir sur un modèle de T2A qui finance à 80 % le budget des hôpitaux aujourd'hui.

Pour terminer, je réponds sur le problème des contrôles. Je suis bien entendu pour les contrôles. Lorsqu'il n'y en a pas, tout le système dérape. Lorsque je suis arrivé à l'IGAS il y a plus de 15 ans, ma première mission a porté sur la déshérence du contrôle en matière sanitaire et sociale. Je n'ai pas changé d'avis depuis. Prenons un exemple précis. Nous savons très bien que certains patients ne devraient pas être hospitalisés dans la structure où ils sont. Mais quand on a dit cela, on n'a pas résolu le problème. On est bien content d'avoir l'hôpital public pour hospitaliser ces malades alors qu'aucune structure n'est capable de les prendre en charge. S'ils sont dans des lits, c'est que personne d'autre n'en veut. Tant qu'on n'a pas trouvé la formule substitutive, c'est l'hôpital public qui assure et il est scandaleux de faire un procès à l'hôpital en l'accusant d'hospitaliser des malades indûment alors que notre système social est aujourd'hui incapable de les prendre en charge autrement.

Claude LE PEN

Merci de cette mise au point. Il est vrai qu'il y a un problème théorique. Gérer 800 ou 900 tarifs, ce n'est effectivement pas pareil que d'en gérer 20, 30 ou 50. Même si chaque tarif est bien, la multiplication des tarifs peut amener des surcroûts de charges. Y a-t-il des réactions ou des questions dans la salle ?

Questions de la salle

Fabienne Bartoli,

Je voudrais réagir aux propos tenus par le professeur Grimaldi, et à tout ce qui a été dit sur la tarification. Il est vrai que je suis une économiste et que les économistes ont une certaine responsabilité dans la mise en place de la tarification de l'activité, et dans la mise en place du suivi de l'information sur les actes. J'ai envie de faire une rétrospective un peu plus large, car j'ai effectivement le sentiment que beaucoup d'informations sur la santé et sur les actes, nous les avons obtenus simplement par l'intermédiaire de « mieux tarifer ». Il est vrai que ce n'est peut-être pas bien, mais on peut le voir à la fois dans le système de ville, mais également à l'hôpital. Dans le système de ville, nous avons maintenant la CCAM. Lorsque nous l'avons publié, cela faisait des pages et des pages au journal officiel. Nous avons tous les systèmes de l'assurance-maladie

qui nous permettent d'avoir aujourd'hui la plus grande base de données au monde en termes épidémiologiques et en termes d'informations de santé sur les personnes. Nous l'avons également mise en place avec à l'origine le PMSI, qui a ensuite donné naissance à la tarification à l'activité avec les GSH. Ces derniers évoluent chaque année grâce à l'échelle nationale des coûts. Tout ce système évolue.

Il est vrai qu'aujourd'hui, nous sommes en réalité en face d'une énorme information également de santé, mais qui a été mise en place au départ à des fins de tarification et de liquidation. Est-ce que ce n'est pas l'un des problèmes que vous soulevez ? J'ai en effet envie de dire qu'aujourd'hui, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain car cette tarification à l'activité, comme tout ce qui nous permet de suivre les actes en ville, nous permet d'avoir des informations très intéressantes. J'ai un peu le sentiment que l'on mélange de moyens avec le résultat. Vous ne pourriez effectivement pas dire aujourd'hui qu'il y a une inadéquation des moyens financiers vis-à-vis des actes médicaux, et qu'il y a certains actes médicaux qui sont peut-être inutiles, si vous aviez encore la tarification de base. Nous aurions peut-être en effet moins cette information sur les soins. Il faudrait donc peut-être aujourd'hui faire avancer le système vers une information médicale, que ce soit en ville ou vers l'hôpital, qui nous permettrait de faire des études épidémiologiques et peut-être de mieux orienter les soins, puisque tout le monde a parlé, que ce soit Gérard Vincent ou d'autres, des actes médicaux utiles, et de ceux qui le sont moins. Nous avons aujourd'hui cette information sur les actes médicaux utiles, et ceux qui le sont peut-être moins, grâce à toutes ces données qui existent et qui suivent la tarification. Il faudrait peut-être aller encore plus loin, et mettre en place un système cloisonné nous permettant de suivre précisément les actes utiles par rapport à ceux qui le sont moins.

André GRIMALDI

Je vais répondre tout de suite à cette remarque. Sur le plan théorique, l'information est fournie par le PMSI, pas par la T2A. Vous dites qu'on ne peut l'avoir que par la tarification. Pourquoi ? Certes il faut savoir ce que la collectivité paye. Mais en quoi la T2A vous dit-elle ce qui est utile et ce qui n'est pas utile ? Vous n'en savez rien du tout. Vous savez qu'on a mis un *stent* coronarien, mais ce *stent* est-il utile ? Nous en mettons beaucoup en France chez des personnes ayant des sténoses coronariennes totalement asymptomatiques, mais il n'y a pas une seule étude internationale qui montre que c'est utile. Toutes les études randomisées ont été négatives. Alors lorsque votre directeur d'hôpital vous dit d'augmenter l'activité, il sous-entend sans le dire quel que soit l'utilité. On a choisi un mode de financement inflationniste qui est contradictoire avec l'ONDAM, et qui comme le dit Gérard Vincent, amène à cette régulation volume/prix qui ne tiendra pas. Vous nous dites que c'est cela le management... Vous augmentez l'activité, et on baisse les tarifs. Le médecin honnête, qui a appliqué le principe éthique du juste soin au moindre voit également ses tarifs baisse. C'est le dindon de la farce. Il a donc compris qu'il fallait qu'il augmente l'activité, parce que les autres le font. C'est absurde. Il faudra choisir entre l'ONDAM et le marché. Les plus libéraux disent qu'il faudra faire sauter l'ONDAM.

Ce qui me fascine, c'est autre chose. Comment des médecins hospitaliers salariés qui ont un métier comportant une charge éthique importante, peuvent modifier à ce point leurs comportements sur la base d'impulsions monétaires et de conflit d'intérêts ? Je pense que les gens qui ont mis cela en place devraient venir voir ce qu'est un pôle dit médical mais en réalité pôle de gestion et de quoi on y discute. C'est fascinant de voir les plus grands professeurs se demander si, pour améliorer la rentabilité de leur pôle, les infirmières bénéficiant de postes

aménagés en raison d'une maladie chronique, ne pourraient pas accepter d'être déclarées « handicapées » parce que cela nous permettrait d'atteindre le quota minimal obligatoire de 6 %, et d'éviter ainsi une pénalité financière etc.

J'ai un collègue néphrologue qui propose de créer une plate-forme de dialyses très rentable. « Je te paierai tes pieds diabétiques ». Un autre propose un « business plan ». C'est fascinant et inquiétant sur la plasticité humaine

Claude LE PEN

André, je pense que c'est vrai. Simplement...

André GRIMALDI

Le problème c'est qu'il y a 10 000 pathologies. Il y a deux à trois facteurs de gravité par pathologies. Il y a des facteurs psychologiques et sociaux qui jouent un rôle majeur dans la maladie chronique. Vous voulez tarifer cela ? Je comprends que ce soit fascinant pour vous. Moi je pense qu'il faut faire des évaluations médico- économiques comparatives. Pourquoi tel hôpital coûte-t-il plus cher que tel autre ? Pourquoi tel service plus que tel autre ? Les médecins vont adhérer à ces évaluations comparatives. Mais la logique du tarif unique pour comparer ce qui n'est pas comparable est pour moi une synthèse du mercantilisme et de la bureaucratie

Fabienne Bartoli

Mon sujet n'était absolument pas là. Mon sujet est simplement un constat : aujourd'hui, nous avons de l'information médicalisée très détaillée grâce à une tarification qui a été mise en place. Ce n'est peut-être pas bien, mais c'est comme ça. Il n'empêche que je crois que le sujet est d'avoir plus d'informations médicalisées. Je dirais qu'il ne faut pas dire aujourd'hui qu'il y a des directeurs d'informations médicales qui codifient toute la journée, parce qu'il faut mettre des GHS en place. Peut-être que c'est effectivement pour vous du temps médical qui n'est pas du temps de soins. Pour autant, il nous faut des informations médicalisées. Je pense à tous, et justement pas uniquement pour tarifer. C'est là où je vous rejoins complètement. Mais pour avoir cette information, il faut connaître réellement ce que vous nous soumettez par le vécu, c'est-à-dire l'utilité de certains actes médicaux par rapport à ceux qui ne le sont pas. Je pense effectivement que c'est là que se situe la clé aujourd'hui.

Claude LE PEN

L'ONDAM a été mis en place par le plan Juppé en 1995-1996. Il est devenu quasiment opposable dans le quinquennat qui s'achève, avec des indicateurs. Le groupe de vigilance a été mis en place en 2004 par la loi Douste-Blazy. Au contraire, toute la droite française n'a cessé d'organiser un système de type centralisation budgétaire, contrôle parlementaire, contre étatique, avec il est vrai cette espèce effets pervers. Nous avons à la fois cette espèce d'autorité administrative qui

prend des méthodes de gestion dans le privé... Disons que ce n'est ni vraiment du privé, ni de l'administratif. C'est donc quelque chose d'un peu hybride qui peut effectivement parfois avoir des effets secondaires.

Jean-Luc VERET

Merci. Je voulais également réagir sur quelques éléments. Je rebondis tout de suite pour dire qu'il y a un élément de consensus qui fait que nous sommes tous à réfléchir et à prospecter la rationalisation du système, à savoir qu'il fait consensus de dire que nous sommes en situation de surconsommation de soins. Après, lesquels sont-ils vraiment pertinents, et lesquels ne le sont-ils pas ? Lesquels sont-ils vraiment utiles, et lesquels ne le sont pas, et comment rationaliser ? C'est une autre paire de manches. Mais sur le constat, c'est cela qui fait le moteur de ces réformes. Après, personne n'a maîtrisé la machine pour l'instant.

Je voudrais revenir peut-être plus largement, en disant que si nous voulons essayer de reconstruire un système de santé, il faut de toute façon avoir une vue plus globale. Nous avons dit tout à l'heure un certain nombre de choses qui méritent également d'être reprises. Quand on dit que l'espérance de vie a beaucoup augmenté, elle a doublé en 150 ans, cela est vrai sur les chiffres. Ne nous illusionnons pas sur cette affaire-là. Il est tout à fait faux de penser premièrement que nous vivons deux fois plus vieux, et que deuxièmement, ce sera grâce aux progrès de la médecine. On ne vit pas deux fois plus vieux. Si vous supprimez un enfant qui meurt à la naissance et vous avez une personne qui vit 70 ans, si vous faites la moyenne, cela fait 35. Si vous supprimez la mortalité infantile, on passe à 70. Cela ne change pas la durée de vie de la personne âgée, et cela ne représente pas grand-chose pour la mort à la naissance. Et donc une durée de vie moyenne, c'est vrai en termes mathématiques. Ce n'est pas vrai en termes d'espoir de vie.

Deuxièmement, si nous regardons historiquement ce qui s'est passé, le recul des maladies infectieuses a été l'une des clés. Il est cependant lié d'abord à l'hygiène de l'eau, ensuite à l'alimentation suffisante en situation de pénurie, et en troisième lieu au logement. Les maladies infectieuses se sont effondrées dans tous les pays avec ces trois facteurs avant les antibiotiques. Si nous prenons le deuxième grand facteur qu'est la mortalité infantile, le grand progrès du XXe siècle est le repos des femmes enceintes. Je veux bien que ce soit un progrès médical, et nous devons à ce moment-là nous sentir honorés que la médecine soit une médecine sociale. Cela ne me choque pas personnellement, au contraire. Il ne faut cependant pas non plus penser que ce sont seulement des médicaments. Le deuxième facteur de la mortalité infantile est le recul des infections dont je viens de dire un mot. Le troisième élément qui est majeur à l'ensemble de la planète, c'est que nous avons pu mettre la mortalité infantile en corrélation avec le niveau culturel. C'est le nombre d'années que les mères sont allées à l'école que nous avons mise en premier indicateur international en relation avec la mortalité infantile. Cela rend donc modeste sur le système de soins, sur la consommation médicale et sur la consommation de médicaments. Cela nous oriente vers l'environnement, y compris l'environnement social, l'environnement culturel et les modes de vie.

Attention. Lorsque l'on pense un système de santé, il faut que l'on pense les hôpitaux à l'intérieur du système de santé, et pas tous seuls. Bien évidemment, l'ambition de conserver la qualité de la médecine hospitalière et de reconquérir la place que nous avait donnée l'OMS est une ambition qui est je crois partagée par tous. Il faut cependant également faire attention à ce que ce ne soit pas l'arbre cachant la forêt. Si nous voulons rationaliser sans rationner, c'est-à-dire sans

empêcher un certain nombre de gens de se soigner, il y a évidemment besoin d'information. Nous avons cependant dit que l'information est le PMSI. Je propose un objectif politique tout simple, à savoir supprimer les examens faits en double. Il y a là un sacré travail, sur les examens biologiques et radiologiques faits en double. Mais si nous voulons rationaliser, il faudra coordonner les soins. Si nous voulons coordonner les soins, il faudra un coordinateur des soins, un coordinateur du dossier et des soins, y compris des différents avis spécialisés.

Il me semble que nous revenons là aussi à la médecine de ville. Je crois qu'il faudra que nous inversions la hiérarchie entre ce que nous appelons actuellement les réseaux ville-hôpitaux, qui sont en fait des réseaux hôpital-ville... Il faudra que nous ayons des médecins généralistes responsables d'un dossier, et responsables de la coordination des soins. Il faudra de plus que l'hôpital soit le deuxième recours, et soit la ressource pour la médecine de premier recours, mais avec de vrais moyens de coordination. Là, nous pouvons évidemment changer un peu la perspective.

Je voulais dire aussi que les maisons de la santé et de l'autonomie que nous proposons vont dans ce sens. Je voudrais dire enfin en dernier point que nous parlons de clarification idéologique. Je crois que c'est nécessaire. Il faut différencier rentabilité et efficience. Nous sommes d'accord là-dessus. Il faut cependant aller jusqu'au bout, et être cohérents. Je réagis encore sur ce point. Je dirais qu'il serait tout à fait faux de penser que la gauche a un positionnement idéologique, et que ce ne sera pas le cas de la droite. Je ne fais pas de la politique politicienne en disant cela. Je m'aperçois que les jeunes médecins et les internes se sont mis en grève et ont obtenu que l'on supprime toute réglementation sur la liberté d'installation pour défendre la médecine libérale. Mais ensuite, les mêmes ne veulent pas s'installer en médecine libérale parce qu'ils veulent de nouvelles conditions de travail avec des horaires maîtrisés, et avec une possibilité de vivre autrement. Je crois qu'il faut justement rompre avec un positionnement trop idéologique, venir aux besoins de santé publique, et organiser en fonction de ceux-ci.

Claude LE PEN

D'accord. Le système perd 10 milliards d'euros par an. Il n'est pas rentable. On ne connaît pas la rentabilité dans la santé. Nous connaissons 10 milliards d'euros de pertes tous les ans depuis 1996, et 135 milliards de dettes accumulées sur 10 ans. La rentabilité d'un système qui perd 10 milliards d'euros par an n'est donc pas géniale. Si nous voulions le rendre rentable, nous avons donc raté.

Louis-Jean COUDERC, professeur de pneumologie

Je suis l'un de vos voisins, parce que je coordonne le pôle des maladies respiratoires de l'hôpital Foch qui est à 3,5 km d'ici, pour être précis. Je voudrais vous faire quelques commentaires du médecin, parce que je n'ai pas du tout votre culture économique, vis-à-vis de ce que nous avons déjà entendu. Qu'est-ce qui nous gêne ? Tout d'abord, je n'ai pas très bien compris qui parlait au nom de qui. Je vais donc déjà vous dire au nom de qui je parle. Je parle bien sûr au nom de moi-même, mais pas exactement qu'au nom de moi-même. C'est peut-être un de ces changements qu'il y a eu ces dernières années, à savoir qu'outre que je parle au nom de l'ensemble des collègues et des infirmières, je parle également au nom de certains administratifs de l'hôpital, qui sont ailleurs dans la salle. C'est donc peut-être un des changements qu'il y a eu, au moins dans le type d'hôpital dans lequel je travaille. C'est un hôpital qui est ce que l'on appelait autrefois un

PSPH. C'est-à-dire que je suis un médecin détaché de l'Assistance Publique, dans ce type d'hôpital public à but non lucratif.

Je crois donc que c'est peut-être l'un des points positifs. C'est-à-dire qu'il n'y a plus cette guéguerre qu'il y avait lorsque j'étais plus jeune entre le vilain administratif et le bon docteur selon que l'on soit d'un côté ou de l'autre côté, selon que l'on est de l'autre échiquier politique. Ce qui me gêne beaucoup là-dedans, c'est que nous n'avons pas parlé du grand public, et de ce qui se passe un peu en dehors de la France. Premièrement, le système est-il souple ? Le système n'est pas souple. Nous souhaiterions donc qu'il y ait une meilleure souplesse. Vous avez parlé de la macro et de la micro-économie. Si je pars d'un malade, d'un hôpital, le but est qu'il soit au bon endroit, à la fois pour ses soins et pour sa qualité ? Est-ce que c'est le cas ? Ce n'est en général pas le cas. D'une part, il y a trop de délais pour faire changer les malades. Grosso modo, je vais peut-être choquer quelqu'un, il y a trop de lits... Cela ne veut pas dire qu'il y a trop de lits pour accueillir les malades. Cela veut dire que vous devez, vous les politiques, réfléchir à créer un autre type d'hospitalisation, c'est-à-dire ne pas déléguer dans des soins de suite lointains qui effraient les familles. La vraie vie, c'est ça. Il faut donc rattacher aux gros centres hospitaliers, mais vraiment rattacher, et ne pas mettre à 15 km, des structures de soins rattachées. Cela vous fera créer une autre tarification, et vous donnera du travail. Les malades seront en outre au bon endroit. Ce n'est pas bon de rester en réanimation si on n'en a plus besoin. Ce n'est pas bon de rester dans mon service si on n'en a plus besoin.

Cela signifie une deuxième notion, à savoir accepter de ne pas quitter l'hôpital guéri, mais en voie d'amélioration, ce que nous espérons. C'est un message qui ne peut pas se faire sans en prévenir la population. Dans l'idée générale, on doit rentrer en mettant bien, sur pieds. Mais on n'a pas toujours besoin de rester comme à Foch, avec deux réanimateurs, deux cardiologues et trois chirurgiens. On peut aller dans une structure intermédiaire, sous réserve qu'il y ait un continuum de soins. Nous sommes donc un certain nombre à regretter qu'il n'y ait pas cette structure intermédiaire entre l'hôpital et Périgueux qui a besoin d'un grand plateau technique, parce que c'est comme ça, et parce que tout de suite après, c'est très loin. Il y a donc ce manque de souplesse.

Deuxièmement, il y a une souplesse temporelle. Je suis personnellement de la génération qui est arrivée avec le sida. Les prédécesseurs des ministres actuels avaient convoqué un certain nombre de médecins, dont moi plus jeune à l'époque, pour savoir ce qu'il fallait faire en 94-95. La moitié du service était remplie de gens séropositifs graves. Fallait-il faire ou non des sidatoriums ? Le problème a été réglé en un an. C'est-à-dire que c'est une maladie où pour les pays occidentaux, les médicaments ont permis que les malades ne soient quasiment plus hospitalisés. Il faut donc garder cette souplesse. Il y a enfin une souplesse administrative. Je suis surpris qu'il n'y ait pas une discussion sur la taille des centres hospitaliers des grandes juridictions. Je sais par exemple, parce que je le vis en ce moment, que les directeurs des hôpitaux publics ont très peu d'autonomie financière. Ils ne peuvent même pas dépenser 1 000 euros par mois pour créer ou non une vacation avec un autre centre, sans en référer à 7 personnes. Cela s'appelle la PHP. C'est totalement insensé. Il faut donc absolument simplifier et associer les directeurs d'hôpitaux à une responsabilité.

Enfin, quatrièmement, il faut faire des points généraux sur toute la France. C'est insensé. Quand vous avez la PHP d'Ile-de-France, ce n'est pas du tout la même thématique dans certaines régions. C'est extrêmement compliqué, et il faut donc faire des règles qui puissent s'adapter dans le temps et en fonction des locaux. Concernant maintenant l'aspect macroéconomique, les administratifs

et les docteurs qui ont un certain âge et certaines responsabilités, qu'est-ce qui se passe et qu'est-ce qui différencie la France des autres pays ? Il y a des gens qui font des études très intéressantes, par exemple à l'OCDE, et qui comparent les coûts de santé. Qu'est-ce qui nous distingue des autres pays de l'OCDE ? C'est le coût de la gestion administrative de la santé globale. Il est deux fois plus élevé en France qu'ailleurs, dans des pays où les gens ne sont pas plus mal soignés. Moi, je me fais soigner en Australie demain. Il faut donc simplifier et diminuer le coût de la gestion globale de la santé en France. On ne peut pas dire que l'on nous ait simplifié le travail. Il y a des agences qui sont arrivées de tous les côtés. Au début, l'idée est bonne. Après, on n'y comprend plus rien. Il y a l'agence hospitalo-universitaire, et l'agence nationale de la recherche. Bonne idée. Après, il y a l'agence nationale d'évaluation de la recherche, et ainsi de suite. On peut multiplier les exemples à l'infini. Les sommes d'argent englouties là-dedans sont donc vraisemblablement en grande partie discutables.

Claude LE PEN

Vous me surprenez un peu sur ce dernier point, parce que l'on dit en général que la santé a plutôt en France des coûts d'administration faibles, de l'ordre de 5 % dans les comptes de la santé. Il faudrait donc peut-être regarder cela.

Louis-Jean COUDERC

Non. Le dernier rapport de l'OCDE, je pourrai vous le fournir, montre que les coûts d'administration de la santé, pas hospitalière, mais de l'ensemble de la santé, sont en France les plus élevés des 28 pays de l'OCDE. Ceci a d'ailleurs été montré à l'assemblée nationale, et fait partie d'un rapport qui a été fourni il n'y a pas longtemps.

Un intervenant

Le distinguo vient peut-être qu'en termes de coût des bénéficiaires de l'assurance-maladie, la France est extrêmement performante. Mais si tu regardes effectivement l'ensemble des coûts, c'est-à-dire les coûts administratifs, le fonctionnement du ministère de la santé, des ARS, etc., et peut-être des effectifs managériaux dans les hôpitaux, en les rapportant à la dépense, nous sommes chers à ce moment-là.

Claude LE PEN

Nous, dans les agrégats OCDE que je connais un petit peu, il y a l'enseignement dedans. Il faut donc voir. Je vais regarder.

Monsieur PRIEUR

Sur ce sujet, il est vrai que ce qu'on appelle les frais de fonctionnement administratif de l'ensemble du système de santé, tels que les comptabilise l'OCDE, comprennent les frais de fonctionnement de l'assurance-maladie obligatoire qui sont faibles, 3 ou 4 %, mais également les frais de fonctionnement de tous les opérateurs de l'assurance santé complémentaire, qui eux sont élevés. Cela ne signifie pas que l'assurance-maladie obligatoire soit plus vertueuse, mais elle

a un simplement un monopole, tandis que les assurances complémentaires sont en concurrence en trois familles qui sont obligées d'investir beaucoup pour attirer le client. C'est cela qui fait que nous sommes dans l'OCDE avec des frais de fonctionnement plutôt importants.

Claude LE PEN

OK. C'est clarifié.

Alain Michel CERETTI

Avant de partir, je voudrais vous quitter en reprenant finalement un fondamental, à savoir la vie du malade à l'intérieur de ces hôpitaux et cliniques. Depuis 2002, et peut-être même avant, mais nous l'avons gravé dans le marbre à cette date, avec la loi des droits des malades, on considère en France que le soin de qualité est certes un soin pertinent. C'est certes un enchaînement d'actes techniques pertinents, qui aboutissent souvent à l'amélioration du patient, et à la guérison. Nous considérons en France qu'un soin global est aussi une prise en charge humaine, pour ne pas dire humaniste, et que le pays des droits de l'homme que nous sommes a inventé cette notion de démocratie sanitaire. Nous parlons en France beaucoup plus des droits des malades qu'ailleurs.

Depuis une dizaine d'années, notamment grâce à l'association que j'ai créée, nous avons mis en place quelque chose à quoi les médecins étaient tout à fait rétifs. Ce sont des indicateurs de qualité. Nous avons commencé par les infections nosocomiales. Rappelez-vous. Les premiers sont sortis en 2006. Ce n'est pas si vieux. Aujourd'hui, nous avons un grand nombre d'indicateurs de qualité qui ont été notamment développés par la haute autorité de santé, mais nous restons sur un regard très technique, et toujours un bon enchaînement de soins. Comme Gérard Vincent l'a rappelé, dans la mesure du possible, l'enchaînement des soins doit être pertinent. Nous savons que nous ne savons pas encore mesurer cette pertinence. Nous devons également être capables de mesurer la pertinence humaine de la prise en charge. Ce n'est pas un détail. C'est un vrai sujet. Lorsque l'on pose la question aux Français, aux malades qui ont vécu un séjour hospitalier qui ne sait pas forcément bien passer, puisque l'on peut avoir au détour d'un traitement soi-même des difficultés qui ne sont pas liées à un accident, mais simplement liées à sa propre maladie, on s'aperçoit que lorsque les gens ont été autour d'eux simplement souriants et aimables, lorsque leur intimité a été respectée, tout cela fait que le soin est mieux vécu.

J'avais fait une proposition en 2011, dans le rapport que j'ai rendu sur l'amélioration de la loi Kouchner, à savoir la mise en place d'indicateurs spécifiques et obligatoires pour tout établissement... Comme nous l'avons aujourd'hui sur des indicateurs techniques, il s'agit d'avoir des indicateurs directement liés à la qualité de la prise en charge sur le plan humain, et donc du respect des droits des malades, et de se mettre autour de la table afin de définir avec les professionnels de santé un certain nombre d'indicateurs, de façon à ce que tout le monde soit d'accord là-dessus, et à ce que l'on ne mesure plus un établissement, on ne considère plus la réputation d'un établissement uniquement sur sa capacité à traiter un organe malade, en oubliant qu'il y a quelqu'un autour de l'organe. Voilà ce que je voulais vous dire. Je vais vous laisser, et je vous remercie.

Claude LE PEN

Merci.

Paris, le 31 janvier 2012

Brigitte DORMONT

Je voulais revenir au plus près des questions de l'hôpital. Pour reprendre l'entrée d'un intervenant, d'où je parle, ici, en tant qu'économiste, académique, et qui s'abstient d'avoir un positionnement politique, du moins dans cette intervention... Tout ceci pour parler du public et du privé. Gérard de Pouvourville disait que la gauche n'aimait pas le privé. L'économiste aime-t-il le privé ? L'économiste que je suis pense qu'il faut une coexistence des secteurs public et privé, parce qu'un système purement public implique des dérives possibles en termes de rationnement des soins, et sur la qualité des soins. Je pense donc que la coexistence des deux secteurs est une garantie pour le patient qu'il y aura toujours une pression pour la qualité des soins, et des échappatoires à d'éventuelles files d'attente ou d'éventuels rationnements des soins.

Maintenant, est-ce que nous voulons la convergence ? Est-ce que nous voulons la convergence tarifaire ? En tant qu'économiste, je pense que la convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé n'est ni nécessaire, ni pertinente. Elle n'est pas nécessaire parce que le modèle de la concurrence par comparaison, qui est le modèle théorique qui inspire la T2A, est prévu en fait uniquement pour des entreprises publiques, et pas forcément les hôpitaux. L'idée de la concurrence par comparaison est que si nous avons des agents publics et que nous ne savons pas comment les induire à l'efficacité, instaurer ce type de tarification permet de faire une pression vers une plus grande efficacité pour ces agents publics. Nous pouvons donc en fait parfaitement instaurer ce type de mécanisme dans le secteur public d'une part, et dans le secteur privé d'autre part, sans forcément mettre de convergence tarifaire. Pour atteindre l'efficacité, il n'est pas forcément nécessaire de faire cette convergence public-privé.

Elle n'est pas non plus pertinente à mes yeux, parce que contrairement à ce qui a été dit, le secteur privé n'est pas vraiment légal et n'est pas identique au secteur public, du fait qu'il y a une liberté dans le secteur privé, en termes de positionnement de l'offre de soins, qui fait que les coûts peuvent être différents. Il y a donc des contraintes d'assurer une offre de soins polyvalente dans le secteur public. En fait, nous avons effectivement montré que cette pluralité d'offres de soins implique des surcoûts.

Claude LE PEN

Je suis d'accord avec toi, mais s'agit-il de missions ou de statuts ?

Brigitte DORMONT

On ne peut pas saucissonner en missions.

Claude LE PEN

C'est un peu différent. On peut bouger les missions. On peut bouger les statuts. Ce n'est pas les mêmes trucs, ni la même distinction.

Brigitte DORMONT

De par leur statut, les hôpitaux publics ont des contraintes dans la gestion de leurs personnels que n'ont pas les hôpitaux privés. Cela peut effectivement se changer. Les hôpitaux publics doivent offrir une offre de soins pour l'instant polyvalente qui crée des surcoûts. Si nous avons effectivement deux hôpitaux strictement identiques quant à leur activité et à leurs contraintes de gestion, sauf le statut, je te suivrai. Nous ne sommes cependant pas dans cet environnement, et pour cause. Le service public est bien de répondre aux besoins.

Le dernier point que je voulais aborder est celui de la pertinence. Je pense effectivement que la pertinence des soins a été laissée de côté, y compris par les modèles économiques théoriques, y compris dans la façon dont la T2A est appliquée. Le modèle théorique ne s'interroge absolument pas sur « orienter l'offre de soins ». Il cherche uniquement à gagner en efficacité. Il n'y a actuellement pas de critère de pensée associé à la T2A sur l'orientation des soins. Lorsque l'on compare les coûts du public et du privé comme le fait la fédération des hôpitaux privés sur un site qui est assez amusant qui compare les coûts de traitement dans certains GHM, nous voyons un grand nombre de GHM où le secteur privé est moins coûteux que le secteur public. Est-ce que cela épuise la question ? Pas du tout. Le lecteur rapide ne fait pas attention au fait que la dimension pertinence des soins est tout à fait cruciale pour savoir si le secteur privé est moins coûteux ou plus coûteux, car une chose est le fait d'avoir un coût moins élevé pour un certain nombre de traitements, mais une autre chose est les effets de structure qui font que si le secteur privé choisit toujours le traitement le plus intensif et le plus lourd, cela peut conduire *in fine* à des soins plus coûteux pour l'assurance-maladie. Je ne dis pas que le privé fait toujours cela, mais cette question de la pertinence est cruciale pour les surcoûts.

Le dernier point que je veux aborder est que le système actuel de la T2A, tel qu'il est appliqué, engendre le contraire de la pertinence des soins comme l'a dit André Grimaldi. C'est-à-dire que le système du point flottant qui est appliqué pour respecter l'ONDAM hospitalier, cela crée une pression à multiplier les actes, et donc une pression qui est contraire à plus de pertinence dans les soins.

Claude LE PEN

Dans les années 80, avec Emile Lévy, nous avons sorti un rapport coût privé/coût public. 40 ans après, je vais partir à la retraite, et je crains que le problème ne soit toujours pas résolu.

Jean-Loup DUROUSSET

Nous ne serions pas contre qu'il y ait effectivement deux systèmes différents qui seraient des incitatifs différents, pour pouvoir comparer et mesurer l'efficacité. Or, ce n'est pas le choix qui est fait. Nous subissons ce choix. Le choix est de dire comme quelqu'un l'a rappelé que nous sommes dans le même système depuis 1999, et depuis un certain nombre de temps, on nous fait rentrer dans un dispositif qui est commun. Je rappelle souvent à Gérard Vincent qu'il y a plus de 150 projets de coopération public/privé, en plus pour nous amener sur le même site. Nous ne sommes donc plus du tout sur deux systèmes parallèles qui se stimulent l'un l'autre en ayant des systèmes différents. On nous met sur les mêmes sites, et on nous dit que nous allons faire la chirurgie, l'obstétrique, et des trucs ensemble. La logique à partir de là est de dire que nous

sommes tellement proches, puisque nous sommes sur le même bloc opératoire, que l'on peut se demander ce qui maintient une certaine différence.

Ce que nous disons également sur la convergence, contrairement à ce que l'on voudrait croire, c'est que nous ne voulons pas baisser la recette de l'hôpital. Nous disons simplement, et nous avons bien entendu Monsieur Grimaldi, nous avons su mieux traiter la cataracte, et nous savons sans doute mieux optimiser la gestion des accouchements par voie basse, ou peut-être mieux les appendicectomies. Nous sommes leaders sur le domaine. Si nous harmonisons ces choses basiques, nous pourrions peut-être mieux rémunérer les pathologies chroniques que Monsieur Grimaldi revendique, puisque cela dégagerait des ressources pour les allouer sur d'autres pistes. C'est ce que nous disons. Concernant la convergence des tarifs, on nous reproche souvent que notre case-mix est différent, et que notre champ de GHS est plus court. Eh bien, allons-y. Harmonisons sur ce champ puisque c'est 80 % des pathologies, et que cela va dégager de la ressource supplémentaire sur les 20 % de pathologies qui posent problème. D'autant que nous disons que la convergence existe déjà, puisque mon voisin d'à côté a le même tarif que l'autre. Nous savons donc faire de la convergence entre le secteur privé et un secteur public. Il n'y a plus qu'un secteur qui ne va pas.

En résumé, on n'optimise pas le système alors que la ressource est importante. Si nous disons demain que les 800 000 accouchements sont harmonisés sur le territoire, et que cela dégage des ressources pour prendre les malades de Monsieur Grimaldi, je pense que ce dernier va finalement être favorable à la convergence des tarifs sur les appendicectomies ou sur les accouchements, car il va voir de la ressource arriver. Nous n'avons jamais dit qu'il fallait supprimer la ressource de l'hôpital public. Nous disons que nous pouvons redéployer.

Un autre sujet de préoccupation est que nous n'avons pas revendiqué la forfaitisation. La tarification n'est qu'une modalité d'allocation de ressources qui a été choisie par le gouvernement. Mais on nous a dit que l'on forfaitisait. Auparavant, nous étions sur un tarif au prix de journée, et puis un forfait de solde d'opération qui rémunérait l'acte technique réalisé au bloc. Qu'avions-nous dans les années passées ? A chaque fois que l'on diminuait la durée des séjours, la collectivité criait bravo. Lorsque l'appendicite qui durait 7 jours est passée à 5 jours, c'était formidable. Si nous arrivions à l'affaire en une journée au prix de journée, la collectivité était gagnante. Nous avons forfaitisé, mais nous avons dit très vite qu'il fallait faire attention, et qu'il y avait un danger. Si les durées de séjour diminuent, le forfait reste maintenu et vous n'optimisez plus le système. Cela a un deuxième inconvénient, à savoir que ce n'est pas favorable à la restructuration du système par des initiatives. Je rappelle que la chirurgie ambulatoire en France, la chirurgie en un jour, a été mise en place à l'initiative de l'hospitalisation privée aux environs de 1992. Si nous faisons aujourd'hui un peu moins de 80 % de la chirurgie ambulatoire, c'est quand même dans l'intérêt collectif que cela a été fait. C'était cependant un facteur incitatif pour nous, parce qu'un malade traité en un jour, cela nous permettait d'en prendre un deuxième le lendemain. Il faudrait que l'on retrouve dans les mécanismes économiques, et dans les mécanismes d'organisation de l'hôpital, les moyens d'apporter une réponse plus appropriée aujourd'hui à l'évolution de l'hôpital.

Quand on dit que l'on ne veut pas de convergence, je me dis que l'on ne veut surtout pas la restructuration du parc. Vous dites qu'il y a un incitatif à faire plus de volume. Non. La tarification à l'activité consistait à dire que l'on savait que l'on bloquait le tarif, et que l'on n'y arriverait pas avec l'évolution des charges, comme le rappelait Gérard Vincent. Nous savions aussi que nous serions à un moment étranglé sur le plan financier. Nous devons donc nous restructurer, du fait

de la nécessité de nous rapprocher pour optimiser les coûts et les moyens. L'hospitalisation privée a perdu 500 hôpitaux en 15 ans par ce phénomène. Nous avons connu l'OQN avant l'hôpital public, qui fixait l'enveloppe générale en disant que si nous étions 10, nous ne serions plus que 5 le lendemain. Nous savons que nous devons encore perdre encore 300. C'est tout à fait normal. Il faut que l'on se restructure. Mais si le mécanisme de l'hôpital public ne permet pas cette restructuration, pour dire que l'on ferme un hôpital et que la ressource est redéployée sur les autres pour leur donner plus d'équilibre, c'est quand même un vrai problème. Tous les hôpitaux disent qu'ils sont éternels, qu'ils ne peuvent pas bouger, et qu'ils doivent donc faire du volume. C'est pour cela que vous voulez faire du volume. C'est parce que vous ne voulez pas regrouper des établissements publics de leur côté. Il y a là un vrai challenge pour la structure future, qui consiste à dire que s'il y a demain 1 000 hôpitaux publics... Il y a 31 ou 32 CHU, et 1 000 hôpitaux publics ne sont pas CHU. On peut peut-être imaginer demain qu'il n'y en ait quand même plus que 700. La ressource pour les 700 sera bien meilleure, et l'optimisation de l'activité sera bien plus forte.

Michel HANNOUN

Nous pourrions reprendre toute une série d'éléments de débat. Je voudrais personnellement revenir sur deux points. On dit depuis tout à l'heure que l'hôpital est une entreprise pour les uns, et que ce n'est pas gênant pour les autres, parce que c'est une entreprise de service public. Derrière entreprise, on entend quelque chose qui gagne de l'argent, et autres. L'hôpital n'est pas une entreprise au sens où dans les entreprises en général, on choisit son personnel. S'il y a des difficultés, on les licencie. Ce n'est pas le cas de l'hôpital quoi qu'on fasse, quoi qu'on dise et quoi qu'on imagine. Ensuite, le directeur à l'hôpital bénéficie de RTT. Les managers dirigeants d'un certain nombre d'entreprises n'en ont pas par définition. C'est donc un débat récurrent, mais pour dire des choses qui sont parfois agaçantes, ou qui essaient de créer des frontières idéologiques alors que la réalité est d'une autre nature.

Concernant la pertinence des actes, c'est en train de devenir le nouveau mot valise, comme il y a eu panier de soins il y a quelques années. Je souhaite que nous soyons à peu près clairs. Si tout le monde pose la question de la pertinence des actes, c'est parce que pour les uns, j'ai entendu qu'il y aurait 25 % des actes qui seraient inutiles, etc. Qui a déterminé cela ? Moi, je voudrais bien que l'on explique, et je suis prêt à le suivre, qui est le sachant suffisamment sachant qu'il va imposer à l'ensemble du monde de ceux qui prescrivent, sous des formes diverses, ce qui est bien et ce qui est mal, ce qui est utile et ce qui n'est pas utile. Concernant la redondance des actes, nous sommes d'accord. C'est clair. Nous avons même inventé le DMP pour éviter ce type de situation. Ses difficultés d'accouchement ou de gestation montrent qu'il est plus facile d'en parler que de le faire. La réalité par rapport à ce problème pose néanmoins la question de savoir qui doit dire ce qu'est la pertinence des actes. La haute autorité de santé, dont nous avons vu qu'elle se mettait à faire un certain nombre de travaux autour de cela ? D'ailleurs, la question des césariennes nombreuses et variées a été évoquée tout à l'heure autour de cette table. Simplement, lorsque l'on voit les travaux de la haute notoriété de santé, on s'aperçoit que ce n'est pas le médecin qui a déterminé la plupart du temps la césarienne par voie basse, mais que c'est à la demande de la patiente. Qui décide ? Le patient ? L'accoucheur ? Comment cela se passe-t-il ? Ce n'est pas toujours aussi évident qu'il y paraît.

Donc soit on enferme l'ensemble du monde des sachants, des savants, des sociétés savantes et autres, et on essaie d'obtenir qu'ils disent un certain nombre de conclusions sur ce qu'est la pertinence des actes... A partir de là, on applique bien évidemment, avec toutes les conséquences

que cela peut avoir. On manque cependant une autorité correspondant à la parole partagée dans ce domaine. Pour ma belle-mère, la pertinence des actes est son médecin traitant qui va lui dire ce qu'il a dit. Pour le médecin traitant, c'est le professeur ou le patron qu'il a eu à un moment donné quand il l'a formé. Cela signifie que quand on parle de pertinence des actes, ce sont aussi parfois ceux qui montrent et qui donnent l'exemple dans un certain nombre d'endroits, notamment à l'hôpital, qui peuvent déterminer ce que pourrait être la pertinence des actes par l'exemple. C'est là que se trouve le centre du problème. Si nous sommes d'accord sur l'objectif, mettons-nous d'accord sur les modalités pour parvenir à sa définition, ce qui est le problème.

Claude LE PEN

Pertinence des actes, ou pertinence des médecins. Pour le français, ce n'est pas l'acte qui est pertinent, mais le médecin qui lui fait l'acte. Nous avons des *followers* sur Twitter. Il y a des gens qui demandent à ce que nous parlions de formation Santé. Ce n'est cependant pas le débat. Il y en a d'autres qui demandent de quelle manière il est possible de lutter contre les déserts médicaux. Nous en avons parlé un petit peu la dernière fois. Gérard, tu voulais dire un mot avant de partir ? Nous allons de toute façon arrêter à 12 heures 30

Gérard DE POUVOURVILLE

Un petit mot ironique concernant le vieux classement où la France était première, pour rappeler que c'était un ensemble de notes, et que la France avait sur ces notes un classement assez médiocre sur une dimension importante, à savoir celle de la réactivité et de la *responsiveness*, comme disent les Anglais, aux besoins du patient, et à la protection de la confidentialité et du secret. Les Américains étaient bien meilleurs que nous sur cette dimension. Je ne sais pas. Il y a un problème. Quand on dit que la France a un système exceptionnel du point de vue du relationnel, cela n'apparaît pas dans les classements internationaux. La raison pour laquelle elle avait de très bons scores, c'était effectivement pour des raisons d'espérance de vie, etc. L'autre raison qui avait en outre été très bien analysée par mes collègues économistes, c'est que c'était un classement de performance relative. C'est-à-dire que l'on se disait que par rapport aux moyens qu'elle mettait en œuvre, quels étaient les résultats ? Dans les moyens mis en œuvre, il y avait le capital humain investi en France. Il se trouve que la France a investi beaucoup plus tard dans le capital humain et dans l'enseignement supérieur que les autres pays, ce qui faisait en performance relative par rapport à des pays comme la Suède, elle se trouve beaucoup mieux placée, sans compter les Etats-Unis. Peut-être qu'en étant maintenant septième, nous sommes là où nous devons être ?

Claude LE PEN

Sur l'indicateur OCDE mortalité vitam, nous sommes encore très bien. Nous sommes encore très bien globalement.

André GRIMALDI

Concernant le débat entre efficience et rentabilité, il ne s'agit pas du tout de savoir s'il y a des bénéfiques. Il s'agit de savoir si l'acte médical est réalisé parce qu'il est nécessaire au malade, ou parce qu'il va rapporter. Je profite de la présence de collègues de Foch. J'ai un souvenir de

l'assemblée générale de Foch où il y avait le directeur, et Guy COLLET, du ministère. Un des anesthésistes a interpellé le directeur: « Monsieur le directeur, vous nous avez bien dit de faire sortir tous les malades qui ont un cancer pour les reprendre lors d'une 2^{ème} hospitalisation, pour mettre le porte-à-cath, et ainsi faire deux séjours au lieu d'un parce que c'est rentable pour l'établissement ». C'est ce que nous recevons comme injonction paradoxale. Nous devons à la fois dépenser moins pour la collectivité et augmenter les dépenses pour équilibrer les comptes de notre hôpital.

Claude LE PEN

OK. J'entends ta remarque. Ne pense cependant pas que les libéraux, auxquels tu m'assimiles, aient comme objectif de faire faire aux hôpitaux des opérations uniquement pour faire du chiffre. C'est-à-dire que l'on peut être libéral, et trouver aussi qu'il faut d'abord soigner les gens, que l'économie n'est qu'un moyen, et que la finalité est la santé publique. Le projet donc pas un projet qui ferait exclusivement de la production pour de la production, et ne dit pas qu'on est libéral, parce que ce n'est pas vrai. Un libéral veut de l'efficacité à la limite, mais pas du gaspillage de cette nature. Donne-moi acte pour cela.

André GRIMALDI

Quand je discute avec Monsieur Durosset qui me dit que lui aussi prend en charge des malades « non rentables » et que je lui demande comment il fait, et qu'il me répond que c'est grâce aux malades rentables, cela me choque... Qu'un malade non rentable dépende de l'existence de malades rentables me paraît contradictoire avec l'éthique médicale. Je ne suis pas économiste.

Claude LE PEN

De toute façon, les notions de rentabilité ou non sont un peu artificielles.

Jean-Loup DUROUSSET

J'ai expliqué à Monsieur Grimaldi une chose toute simple, à savoir qu'en 25 ans de carrière, je n'ai jamais fait le choix du patient d'un de mes médecins... Il faut dire également que notre système est hospitalier est tellement « dans les chaussettes » que nous sommes incapables d'avoir une comptabilité analytique nous permettant d'avoir autant de précisions que Monsieur Grimaldi le souhaiterait, mais en orthopédie, nous sommes incapables de dire si c'est le pied, la hanche ou le genou qui rapporte de l'argent. Je rappelle simplement qu'un hôpital, c'est 80 % de frais fixes, et que son taux de remplissage global est beaucoup plus important que la pathologie elle-même. Lorsque l'on analyse donc le seuil de rentabilité d'une structure, c'est si on a rempli l'hôpital à 90 %, parce que si on est à 70 %, tous les patients ne sont pas rentables. Il n'y en a aucun qui est rentable, puisque l'hôpital est en déficit. Il faut franchir le seuil pour pouvoir dire que la collectivité est rentable. Le coût marginal d'un patient n'est rien du tout. C'est le coût de l'alimentation, et c'est le coût des draps. C'est en gros 23 euros. Cela m'amène à dire à mes collègues de l'hôpital public que pour les patients qui n'ont pas d'assurance sociale, dans ma région, je les prends. S'il y a 10 femmes enceintes qui n'ont pas de couverture sociale, cela ne coûte rien de les prendre dans un hôpital en plus. Cela va coûter 230 euros sur une année, ce qui n'est rien.

Claude LE PEN

De toute façon, comme les tarifs sont fixés par l'Etat, un acte n'est rentable que pour deux raisons : soit le tarif a été mal calculé, soit il y a une incitation positive de la puissance publique pour développer l'activité en question, comme par exemple la chirurgie ambulatoire. La notion de rentabilité n'est pas une notion d'exploitation de l'hôpital. La notion de rentabilité est très spéciale par rapport à des tarifs régulés. Nous allons nous arrêter là.

Un intervenant

Cela va introduire le débat de la prochaine fois. Pour parler de chiffres et de rentabilité, il faudra inclure les dépassements d'honoraires.

Claude LE PEN

Mardi 6 mars, dernier débat : Bismarck versus Beveridge : débat d'hier, débat d'aujourd'hui, débat de demain ? C'est la fiscalisation, etc. Je vous remercie beaucoup. Merci à nos sponsors. Merci à vous tous pour ce débat où les passions idéologiques masquent en fait une certaine convergence politique. Vous allez voir en effet que les politiques vont être relativement semblables d'un quinquennat à l'autre, si le quinquennat change de titulaire. A bientôt.

en partenariat avec

**Université Paris-Dauphine
Orange HealthCare Division Santé d'Orange, Glaxo Smith Kline,
La Fédération Hospitalière de France, La Fédération de l'Hospitalisation Privée, La Fédération
des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, privés non lucratifs, Le Collège des
Economistes de la Santé,
le Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé,**