

Le Quotidien du Médecin

Article du 22/11/2002 par : Delphine CHARDON

Les principales dispositions du plan gouvernemental

Voici, point par point, les grandes lignes du plan Hôpital 2007 présenté par Jean-François Mattei

La rénovation du parc immobilier est confiée aux ARH (Phanie)

• Appui à l'investissement

Une aide de 6 milliards d'euros est prévue sur cinq ans pour relancer tous les types d'investissement (patrimoine immobilier, équipement lourd, systèmes d'information). Tous les établissements sont concernés (privé, public, PSPH à but lucratif). Pour 2003, l'appui à l'investissement atteindra 1 milliard d'euros. Ce financement comprendra à la fois des apports en capital à hauteur de 300 millions d'euros (via le fonds de modernisation des établissements de santé) et des apports en exploitation à hauteur de 70 millions d'euros. Ces derniers sont acquis par les établissements pour une durée de vingt ans et permettront d'emprunter jusqu'à 700 millions d'euros.

Au plan national, seront définis les orientations générales et le cadrage financier, ainsi que la répartition des crédits entre les régions. Au plan régional, les ARH répartiront les crédits entre les établissements avec l'aide d'une mission nationale d'appui à l'investissement. Les enveloppes sous-utilisées seront redéployées entre les régions.

• Tarification à l'activité

Quarante établissements expérimenteront ce nouveau système en 2003, pour en permettre la généralisation dès 2004. L'harmonisation des modes de financement entre les secteurs public et privé vise trois objectifs : l'équité de traitement entre les deux secteurs, la responsabilisation des acteurs et l'amélioration de la gestion des hôpitaux et cliniques. L'enseignement et la recherche seront financés selon un mode de dotation plus adapté afin de pouvoir " comparer ce qui est comparable ", l'idée étant de ne pas léser l'hôpital public. Le plan ne prévoit pas de modification dans la part respective des différents financeurs (Sécurité sociale, mutuelles, patients) des hôpitaux et cliniques. Certaines activités et molécules très coûteuses continueront à bénéficier d'un soutien financier spécifique.

• Rénovation des modes d'achat des hôpitaux publics

Partant du constat que les procédures d'achat des hôpitaux publics (tous soumis à l'application du Code des marchés publics) ne sont plus adaptées, le gouvernement, dans un premier temps, va aligner la réglementation nationale sur la réglementation européenne, ce qui " devrait permettre aux établissements de retrouver quelques marges de manœuvre ". Dans un second temps, le groupe de travail sur la modernisation de la gestion réfléchira aux " voies et moyens permettant aux hôpitaux de bâtir des procédures d'achat modernisées et adaptées ".

• Simplification de l'organisation sanitaire

La planification de l'offre hospitalière, qui repose sur le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), la carte sanitaire et les autorisations, est jugée " complexe et peu lisible ". Pour la simplifier, la carte sanitaire et les indices, complètement supprimés, seront remplacés par une nouvelle annexe du SROS, dans laquelle figurera la répartition quantitative souhaitable des activités et équipements par bassin de santé, répartition qu'aura préalablement arrêtée l'ARH. Toutes les autorisations sont déconcentrées vers les ARH, simplifiées et ramenées à cinq ans. Le développement de structures d'alternatives à l'hospitalisation sera incité via la suppression des taux de change (nombre de lits à fermer pour créer des places d'alternatives). Les soins

palliatifs deviendront une thématique obligatoire du SROS, de même que la santé mentale. Il n'y aura donc plus deux SROS séparés (un somatique et un psychiatrique).

• **Facilitation des coopérations sanitaires**

Un groupement de coopération sanitaire (GCS) élargi, souple et polyvalent, remplacera dans un délai non encore défini les autres modalités de coopérations. Le GCS pourra être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé et des professionnels libéraux de santé, l'objectif étant de favoriser la coopération entre cliniques privées, hôpitaux publics, PSPH, et médecins de ville.

• **Modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics**

Un premier " groupe projet ", codirigé par le Pr Guy Vallencien, **Antoine Perrin** et Denis Debrosse, tentera, dans un premier temps, de réviser les règles qui régissent l'organisation interne de l'hôpital. Plusieurs orientations seront étudiées : la généralisation des pôles d'activité, l'institution d'une contractualisation interne étendue avec le conseil d'administration, l'assouplissement du régime financier et budgétaire, la révision des modalités d'achat, et, dernière piste, l'évolution des instances des établissements pour une plus grande autonomie de l'hôpital. Dans un second temps, le " groupe projet " réfléchira sur la rénovation des relations entre les acteurs au sein de l'hôpital. Parmi les champs de réflexion envisagés, figurent l'intéressement individuel, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour les médecins, la contractualisation du chef d'établissement et de l'ARH sur des objectifs, ou encore la déconcentration de la gestion des PH et directeurs. Un deuxième " groupe projet ", confié au Pr Daniel Jaeck, au Pr Dominique Ducassou et à Benoît Leclercq, s'intéressera aux spécificités des CHU, telles que le développement de l'innovation, le recrutement des chercheurs et enseignants et le renforcement de la dimension régionale et interrégionale des CHU.

Article du 22/11/2002 par : Karine PIGANEAU

Avec Hôpital 2007, Jean-François Mattei frappe un petit coup

Annoncé à grand renfort de trompettes pendant la campagne électorale, mentionné par Jean-Pierre Raffarin lors de son discours de politique générale, le plan Hôpital 2007 que vient de présenter Jean-François Mattei en conseil des ministres manque de souffle et risque, selon les professionnels, de manquer sa cible.

Le ministre propose à l'hôpital un " pacte de modernité" (S.Toubon)

" Il n'y aura pas, comme en 1991, une grande loi hospitalière (...). Nous irons pas à pas, je ne veux pas me bousculer sur cette affaire-là."

La formule, employée par le ministre de la Santé pour prouver qu'Hôpital 2007 ne reformera pas l'hôpital de manière brouillonne et précipitée, pas plus qu'il ne mettra en branle un processus lourd, est à double tranchant.

Car on peut y comprendre aussi que le plan quinquennal de sauvetage de l'institution promis par Jacques Chirac et soutenu par Jean-Pierre Raffarin est, au bout du compte, un projet modeste.

De fait, c'est bien l'impression que donne ce " pacte de modernité " que propose Jean-François Mattei à des professionnels de l'hôpital qu'il juge " désenchantés ". Restaurera-t-il leur enchantement en instaurant la tarification à la pathologie dès 2004 dans tous les hôpitaux et dans toutes les cliniques, en assouplissant les règles d'une planification totalement régionalisée, en modernisant le fonctionnement des établissements publics de santé et en " repensant " leur organisation interne ? L'avenir le dira.

Sur certains points, il le dira vite puisque certaines des mesures annoncées par le ministre concernent le court terme : les effets de la relance de l'investissement pour laquelle un financement public-privé d'un milliard d'euros est prévu en 2003 devraient, par exemple, se faire

sentir rapidement. Sur d'autres sujets, plus délicats, il faudra attendre... 2004, car le ministre a cédé une nouvelle fois à la tentation des groupes de travail. Il l'a fait notamment pour la question - politiquement très incorrecte aux yeux de certains syndicats de la fonction publique hospitalière - de la gestion sociale de l'hôpital, en annonçant son intention de remettre à plat, dans une institution où la masse salariale représente 70 % des budgets, " la gestion des hommes et l'organisation du dialogue social " .

N'annonçant quasiment rien qui ne se savait déjà, reprenant des recettes que d'autres ont essayées avant lui mais que les hospitaliers n'ont jamais vraiment trouvées à leur goût (les centres de responsabilité, la coopération interhospitalière...), le ministre a au moins laissé perplexe, souvent déçu le monde de l'hôpital (voir ci-dessous).

A priori peu ambitieux, parfois très flou, Hôpital 2007 est cependant, pour peu qu'on en étudie le filigrane, sans doute plus musclé qu'il n'y paraît. En particulier, on découvre que la restructuration du paysage hospitalier est plus que jamais d'actualité. " La recomposition de l'offre hospitalière se fait trop lentement ", indique même Jean-François Mattei au détour d'une phrase ; pour ajouter un peu plus tard que l'hôpital doit " mieux s'adapter " aux " exigences budgétaires " (autrement dit, les dotations vont rester serrées dans les années à venir).

Le ministre le dit sans détour : " Les circonstances, la démographie médicale, la transformation des attentes des patients et des pathologies, de même que le rythme intense du progrès des techniques médicales imposeront de plus en plus le partage de plateaux techniques, d'équipements ou de lits et la mise en place de gardes communes, comme en chirurgie ou en obstétrique, notamment pour garantir la permanence des soins. "

A moins qu'ils ne se plient aux nouvelles exigences du gouvernement en matière de collaboration entre établissements et de réorganisation interne, les hôpitaux - qui, vraisemblablement, n'auront pas plus d'argent dans les cinq années qui viennent qu'en 2003 - ont donc du souci à se faire.

Karine PIGANEAU

Delphine CHARDON

Le monde hospitalier: "Un catalogue de bonnes intentions"

Les principales dispositions du plan gouvernemental

Avec Hôpital 2007, Jean-François Mattei frappe un petit coup

Centres de santé: l'accord national est signé

Sécu: le ministre de la Santé explique au Sénat son "indispensable" réforme

Un engagement collectif qui ne doit pas se traduire par une obligation individuelle

Un décret d'application qui fait déjà couler beaucoup d'encre

Le cri d'alarme des gynécologues-obstétriciens

Article du 22/11/2002 par : Delphine CHARDON Karine PIGANEAU

Le monde hospitalier : " Un catalogue de bonnes intentions "

Dr Rachel Bocher, présidente de l'INPH (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers) :
Il est difficile de se positionner sur le flou qui entoure Hôpital 2007. Ce plan est-il la forêt qui cache l'arbre ? Comment les choses vont-elle se passer ? Quelles vont être les modalités d'action ? Quel va être le financement de certaines mesures (l'intéressement, par exemple) ?

Bon nombre de propositions ne sont pas neuves. Il ne s'agirait pas que, comme avec le gouvernement précédent, il ne se passe rien pendant trois ans et que l'on agisse dans la précipitation au cours des deux dernières années du quinquennat.

Dr Pierre Faraggi, président de la CHG (Confédération des hôpitaux généraux) :

Ce plan, dans son ensemble, va dans le bon sens. En même temps, c'est un chantier considérable que l'on met sur le dos de l'hôpital à un moment déjà difficile. On veut aller très vite ; or certaines mesures, telle que la généralisation de la tarification à l'activité en 2004, ne me paraissent pas réalistes. Je me demande si ce " plan de sauvetage " de l'hôpital, annoncé sur un ton dramatique, ne constitue pas un écran de fumée face aux réelles difficultés que sont l'application de la réduction du temps de travail et de la directive européenne. Pour ce qui est de la possible nomination des médecins par leur établissement, nous avons accueilli cela comme une déclaration de guerre. Ce point sera mobilisateur, car les praticiens hospitaliers tiennent à garder leur autonomie vis-à-vis de l'hôpital.

Dr François Aubart, président de la CMH (Coordination médicale hospitalière) :

Ces conditions sont nécessaires pour remettre l'hôpital sur pied, mais pas suffisantes, car nous devons trouver les moyens de passer le cap du premier trimestre 2003. Il est logique que le ministre prenne du temps et remette ses décisions à juin 2003, mais à condition que les dossiers de la RTT, de la directive européenne et du financement soient énergiquement traités dans les semaines qui viennent. J'espère que ce sera le cas, car, sur ces questions, les copies que rendront les groupes de projet arriveront trop tard.

Emmanuel Goddat, délégué général du SNCH (Syndicat national des cadres hospitaliers) :

Pour le moment, Hôpital 2007 est un catalogue de bonnes intentions. On constate avec soulagement que le ministre ne souhaite pas aller vers une nouvelle loi : les outils existent aujourd'hui, mais ils sont souvent mal utilisés. Reste toutefois un décalage dramatique entre les besoins exprimés par l'hôpital et la réalité budgétaire.

Alexis Dussol, président de la CNDCH (Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier) :

La chose la plus intéressante, dans ce plan, me paraît être la relance de l'investissement. Pour le reste, Hôpital 2007 donne essentiellement des pistes de travail, mais il ne donne pas de réponse aux deux sujets forts de préoccupation des hôpitaux : les 35 heures et la situation budgétaire.

Yolande Briand, secrétaire générale de la fédération santé de la CFDT :

La partie investissement d'Hôpital 2007 mérite d'être clarifiée. Il est en particulier étonnant - pour ne pas dire scandaleux - que, tout en annonçant un " soutien massif de l'Etat ", le ministre transfère le financement de l'investissement sur l'assurance-maladie. Nous avons également une question sur la question des emprunts. Car si on augmente l'endettement des hôpitaux, alors l'emploi sera perdant.

Dr Claude Pigement, délégué national du Parti socialiste aux professions de santé :

Ce plan n'est pas à la hauteur des enjeux de la crise hospitalière. Il manque d'ambition et, sur le fond, il est assez flou. Le financement, par exemple, des 6 milliards sur cinq ans. Il est prévu pour 2003. Mais après ? Je note ensuite que la volonté du gouvernement de donner plus de pouvoir aux ARH est dans la continuité de ce qu'avaient entrepris Lionel Jospin et Bernard Kouchner. La politique de planification décentralisée ? Kouchner l'avait ouverte. La politique contractuelle à l'hôpital ? Elle reprend les recettes de la loi Evin de 1991. En outre, la possibilité donnée aux entreprises privées de participer à la construction des hôpitaux nous inquiète beaucoup.

Sécu : le ministre de la Santé explique au Sénat son “ indispensable ” réforme

Le Sénat, qui n'a modifié qu'à la marge le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), a consacré pour la première fois un débat thématique à l'assurance-maladie. La gauche reproche toujours au gouvernement de rester “ dans le clair-obscur ” et d'aller vers la “ privatisation rampante ”.

Pour la première fois dans l'histoire récente des projets de lois de financement de la Sécurité sociale, la Haute Assemblée a consacré un “ débat thématique ” à l'assurance-maladie, suivi de l'examen des articles de cette branche, qui plombe à elle seule les comptes du régime général.

Cette expérience pourrait dans l'avenir être étendue aux autres branches de la Sécu (famille, vieillesse et accidents du travail). Pour la commission des Affaires sociales du Sénat, qui a souhaité cette innovation, il s'agit de transformer la discussion “ fourre-tout ” du budget de la Sécu en une série de “ vrais débats passant au crible la situation et les perspectives de chaque branche ”.

Pédagogie

Pour Jean-François Mattei, plus que jamais désireux d'expliquer sa réforme “ indispensable ” du système de Sécurité sociale, dont le PLFSS 2003 ne fait que poser quelques jalons, la discussion tombait à point nommé. Il s'agissait, notamment, de répondre aux accusations de la gauche et des syndicats de salariés qui, depuis le ballon d'essai lancé par Jacques Barrot, redoutent les conséquences d'une révision des rôles respectifs de la Sécu et des régimes complémentaires.

Le ministre a donc axé son intervention sur “ le besoin de responsabilité ”, seule voie possible pour “ inverser la spirale du déclin ”. Une responsabilité qui doit concerner tous les acteurs car “ l'augmentation des dépenses de santé est inéluctable ”. L'Etat doit d'abord respecter “ une exigence de vérité ”, ce qui se traduit en 2003 par un objectif de dépenses plus “ réaliste ”, par la mise en place d'un “ collectif social ” (PLFSS rectificatif) au printemps, par le groupe de travail sur la “ médicalisation de l'ONDAM ” ou encore la loi quinquennale de santé publique, axée sur la prévention. Les gestionnaires de l'assurance-maladie, de leur côté, doivent créer les conditions de la “ confiance ”, en abandonnant les “ contrôles tatillons et infantilisants ”. Quant à la médecine de ville, le gouvernement lui demande clairement de se “ rénover ” en s'engageant massivement dans la FMC, les actions d'évaluation et les bonnes pratiques. C'est le pari osé de la maîtrise médicalisée, qui ne convainc toujours pas la gauche. “ Les économies attendues des génériques et de la réduction du nombre de visites seront temporaires, a déjà mis en garde le sénateur socialiste Bernard Cazeau. Les pratiques, en réalité, ne changeront pas. L'invocation de la confiance ne suffit pas. ”

Les assurés, a réaffirmé Jean-François Mattei, n'échapperont pas “ comme les autres ” à l'effort collectif. Après avoir déclaré récemment qu'il faudrait sortir du “ tout-gratuit ” (formule qui a provoqué de vives réactions), le ministre a précisé sa pensée. “ Responsabiliser les patients, c'est leur faire prendre conscience que rien n'est gratuit. La Sécurité sociale est un pot commun dans lequel chacun met ses ressources. Lorsque le pot est vide, on s'interroge. ” Une interrogation qui continue d'inquiéter l'opposition. “ En réfutant les propos musclés de Jacques Barrot, a déclaré le sénateur communiste du Rhône, Guy Fischer, vous êtes restés dans le clair-obscur de la nouvelle gouvernance. En réalité, nous allons vers une privatisation rampante. ” “ Ce budget est celui de tous les dangers, qui porte en germe une Sécurité sociale à deux vitesses ”, a-t-il ajouté, sous les applaudissements de l'opposition.

Comme on s'y attendait, la droite sénatoriale a approuvé la démarche “ difficile ” du gouvernement, en modifiant à la marge le texte déjà adopté par les députés (baisse des taxes sur les cigarettes en revenant à la hausse de 17,7 % prévue par le gouvernement ; suppression de la surtaxe des bières fortes ; rétablissement de la taxe due par les laboratoires sur leurs

ventes directes de médicaments aux officines). Pour Jean-François Mattei, qui a aussi profité de l'examen du PLFSS au Sénat pour faire adopter un amendement clé sur la permanence des soins, désormais mission d'intérêt général (" le Quotidien " du 21 novembre), une première étape est franchie. Mais chacun en convient : le plus dur reste à faire, comme en témoignent les nombreux groupes de travail mis en place, qui renvoient le cœur de la réforme à l'année prochaine.

Cyrille DUPUIS

• **LE MONDE | 18.11.02 | 18h10**

Les CHRU voudraient assouplir leurs règles de gestion
M. Mattei dévoilera mercredi son plan Hôpital 2007.

Décentraliser, assouplir et libéraliser les règles de fonctionnement. C'est ainsi que l'on peut résumer la philosophie des sept propositions pour une modernisation des centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU), formulées conjointement par la Conférence des directeurs généraux et la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) des CHRU, dont Le Monde révèle la teneur. Elles précèdent l'annonce, prévue mercredi 20 novembre, par Jean-François Mattei, ministre de la santé, de son plan Hôpital 2007. Rappelant leurs trois missions (soins, enseignement et recherche), les gestionnaires et les représentants de la communauté médicale des 31 CHRU proposent de développer l'innovation. Les deux conférences réclament "des ressources correspondantes". Selon Daniel Moinard, président de la Conférence des directeurs généraux de CHRU, cela passe par des relations beaucoup plus étroites avec le ministère de la recherche et avec la recherche institutionnelle, ainsi que par des conventions avec l'industrie pharmaceutique.

Les deux conférences souhaitent ensuite renforcer la dimension régionale et interrégionale des CHRU, sur le modèle de ce qui a pu se faire avec les collectivités territoriales. Cela suppose des "outils juridiques adaptés", un "droit à l'expérimentation" et des "mécanismes d'intéressement significatifs (financiers notamment)". C'est ainsi, selon le document, et non de manière autoritaire, que pourra s'accomplir la recomposition hospitalière, qui devra également assumer des missions de santé publique.

Le statut actuel des CHRU, celui d'établissement public de santé, ne convient pas aux deux conférences, car faute de définition précise par le législateur, il aurait le contenu d'établissement public administratif, soumis notamment au code des marchés publics. Gestionnaires et médecins réclament donc un "assouplissement significatif des règles de gestion". Daniel Moinard et le professeur Dominique Grimaud, président de la Conférence des présidents de CME, préfèrent le statut d'hôpitaux privés participant au service public hospitalier (à but non lucratif).

PLUS DE LIBERTÉ

Les auteurs du document souhaitent plus de liberté dans l'organisation interne des CHRU. Ils suggèrent la création d'"une structure permanente de Conseil stratégique animée conjointement par le directeur général et le président de la CME, avec notamment la participation du doyen représentant la faculté". Les missions et la composition de ce conseil relèveraient de la politique interne de chaque CHRU. Les auteurs des propositions souhaitent le développement de la contractualisation interne, parallèlement à celui de l'évaluation des pratiques médicales, dans laquelle la CME aurait un rôle déterminant à jouer.

Outre le renforcement des relations entre les CHRU et les facultés, les deux conférences demandent la relance des investissements. Une étude menée en 2002 par les directeurs généraux de CHRU avait évalué les besoins à 6 millions d'euros pour ces seuls établissements,

dont 39 % de l'ensemble des bâtiments sont considérés comme vétustes et 9 % comme obsolètes.

Enfin, les deux conférences réclament le financement des CHU à l'activité et non plus avec le seul budget global, qui "empêche de récompenser les équipes qui travaillent le plus et le mieux", comme l'indique Daniel Moinard. Elles veulent en effet y associer "des mécanismes d'intéressement tant individuels que collectifs" dans ces établissements qui emploient plus de 275 000 personnes en équivalent temps plein, dont 36 900 médecins. Un ensemble de propositions plutôt libérales, qui pourraient trouver un écho favorable auprès de leur tutelle.

Paul Benkimoun

• ARTICLE PARU DANS L'EDITION DU 19.11.02

• LE MONDE | 21.11.02 | 16h50

Le plan Mattei vise à renforcer l'investissement et à réformer la tarification des hôpitaux

La rénovation des établissements sera accélérée. Public et privé auront le même mode de financement.

"Nous irons pas à pas. Je ne veux pas mener une réforme hospitalière sans les hospitaliers" : en présentant, mercredi 20 novembre, les grandes lignes du plan "Hôpital 2007", le ministre de la santé, Jean-François Mattei, a longuement insisté sur la nécessité de "redonner confiance" aux hôpitaux publics et privés. A l'issue d'une communication en conseil des ministres, il a précisé sa méthode et son calendrier en confirmant deux mesures inscrites dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 : la rénovation du parc hospitalier et le passage rapide à la tarification à l'activité.

Le premier volet d'"Hôpital 2007" concerne l'allègement des contraintes extérieures aux établissements. Sa mise en œuvre commencera dès la promulgation de la loi de financement de la "Sécu". Le second train de mesures, relatif à la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics, fera l'objet d'une concertation. Deux "groupes projets", composés de professionnels de santé, sont constitués : l'un sur le statut de l'hôpital et sa gestion sociale, l'autre sur l'évolution des centres hospitaliers universitaires (CHU). Ils élaboreront, après discussion avec les acteurs concernés, des propositions pour la fin du premier trimestre 2003. Elles seront "soumises à concertation pour aboutir à un projet de texte" avant l'été 2003.

Faute de disposer d'enveloppes budgétaires substantielles, comme Nicolas Sarkozy pour la sécurité intérieure, M. Mattei pousse ses pions pas à pas. Pour faire adopter les mesures auxquelles il tient, le ministre empruntera "différents véhicules" législatifs : les projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), l'ordonnance de simplification administrative, la prochaine loi quinquennale de santé publique. Mais il n'y aura pas d'"énième loi hospitalière", a-t-il prévenu.

Conscient de la situation de "malaise profond" de l'hôpital, du désenchantement des personnels et du découragement des gestionnaires, le ministre de la santé a résolu d'employer, avec l'hôpital, les mêmes armes qu'avec la médecine de ville : "La confiance et la responsabilité partagée." Fort de ses trente ans de carrière de praticien hospitalier à Marseille, M. Mattei est persuadé que "l'hôpital détient en lui les ressources nécessaires à son évolution et sa modernisation." Libéral, il est convaincu que le rôle de l'Etat est de "créer les conditions favorables au changement" en introduisant souplesse et liberté dans le système.

La première étape de la modernisation passe par la rénovation d'un parc vieillissant. En 2000, le taux de vétusté des équipements frisait les 70 %. Au rythme actuel d'investissement (2,7 milliards d'euros par an), il faudrait treize ans pour les remettre à niveau. Le gouvernement va réduire ce délai et annonce 6 milliards d'euros d'investissements supplémentaires sur cinq ans.

Pour 2003, l'aide à l'investissement sera d'un milliard d'euros : l'Etat fera un effort supplémentaire de 300 millions via la Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES), dont les attributions sont étendues aux cliniques privées. Le reste (700 millions) se fera par une prise en charge des intérêts d'emprunts nouveaux. Une mission nationale d'appui à l'investissement est créée. Et l'intervention des entreprises privées dans les opérations de construction et d'aménagement immobilier à l'hôpital sera facilitée.

Plus de dix ans après les tentatives de Claude Evin, le gouvernement veut également mettre fin au double système de financement des structures de soins : la dotation globale pour les établissements participant au service public hospitalier ; la tarification à la journée et le forfait pour les cliniques. Jugeant que ce double système "obère les comparaisons et rend difficile les coopérations", M. Mattei veut "engager la généralisation" de la tarification à l'activité dès 2004. Des expérimentations seront menées dans une quarantaine d'établissements en 2003.

Parallèlement, le dispositif de planification sanitaire, hérité des années 1970, sera assoupli. Le ministre de la santé envisage notamment de "supprimer les notions d'indices de lit et d'équipement", jugées dépassées, et de faire jouer un rôle nouveau aux schémas régionaux d'organisation sanitaire, qui auront notamment à traiter de la santé mentale et des soins palliatifs. Il veut simplifier et unifier les outils de coopération entre un ou plusieurs établissements de santé et des libéraux, et il affirme "la nécessité de l'ouverture et des coopérations, sans distinction de statut" entre le public et le privé.

En matière de modernisation de la gestion interne, plusieurs pistes sont esquissées, dont la généralisation des pôles d'activité, le développement de la contractualisation interne avec l'octroi de nouveaux pouvoirs au conseil d'administration, l'intéressement des personnels. La modernisation du dialogue social et la déconcentration de la gestion des praticiens hospitaliers sont explicitement envisagées. Tout comme la prochaine rénovation des achats. Le tout, renvoyé à la concertation, sera précisé avant l'été prochain.

Sandrine Blanchard et Claire Guélaud

Les mises en garde de Claude Evin (PS)

Ancien ministre de la santé, artisan de la loi hospitalière de 1991, membre du conseil d'administration de la Fédération hospitalière de France (FHF), le socialiste Claude Evin est, lui aussi, convaincu de la nécessité d'atténuer les rigidités d'un hôpital public auquel on demande "énormément". C'est "le seul service public ouvert 24 heures sur 24, 365 jours sur 365, prêt à recevoir quiconque désire s'adresser à lui" et il subit "des pressions de plus en plus lourdes", pointe le député de Loire-Atlantique. Favorable à la tarification à l'activité, dont il avait déjà défendu le principe, M. Evin doute, cependant, qu'on puisse la généraliser dès 2004. Et s'il est acquis à l'idée d'assouplir l'organisation interne des établissements (donner plus de responsabilités aux conseils d'administration, aux personnels, etc.), le député PS note aussi qu'en matière de répartition des dotations budgétaires, l'hôpital public est, en 2003, moins bien traité que l'hospitalisation privée et la médecine ambulatoire. Il y voit un mauvais signe. "La question est celle des moyens donnés ou non à l'hôpital public", fait-il valoir, remarquant que notre système de santé devrait être mis en situation de pouvoir "traiter un certain nombre de demandes qui n'ont pas lieu d'arriver à l'hôpital."

• ARTICLE PARU DANS L'EDITION DU 22.11.02

Libération

Mattei promet un milliard pour 2003

Son plan Hôpital 2007 vise à rétablir la situation en cinq ans.

Par François WENZ-DUMAS

samedi 02 novembre 2002

Outre son plan de modernisation, le ministre propose une hausse de 5 % du budget de fonctionnement des hôpitaux. Que les hôpitaux publics soient confrontés à de sérieuses difficultés, personne ne le conteste, ni à gauche ni à droite. A l'Assemblée, les députés - qui ont examiné cette semaine en première lecture le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2003 - partagent le diagnostic à défaut de s'entendre sur les remèdes.

Le ministre de la Santé, qui fut chef de service à l'hôpital de la Timone, à Marseille, s'est fixé pour objectif de redresser la situation en cinq ans. Jean-François Mattei a baptisé son plan Hôpital 2007. "Dès l'an prochain, l'investissement sera relancé, à hauteur de 1 milliard d'euros, a-t-il rappelé lundi, afin de moderniser les établissements et d'accompagner la nécessaire recomposition de l'offre hospitalière."

Réformes de fond. L'an dernier, lors du débat sur le budget de la Sécu pour 2002, Guigou et Kouchner avaient eux aussi, sous la pression de la majorité plurielle, ajouté quelques milliards de francs pour moderniser les hôpitaux. Le nouveau gouvernement poursuit donc cet effort d'investissement. Côté fonctionnement, il propose un objectif de dépenses pour l'hôpital public en hausse de 5 %, un peu au-dessous de celui des dépenses de ville (+ 5,6 %), mais supérieur à celui des cliniques privées (+ 4 %) et un peu plus élevé que celui de l'an dernier (+ 4,8 %). L'hôpital public représente à lui seul presque 40 % des dépenses d'assurance maladie, qui devraient atteindre 123,5 milliards d'euros au total en 2003.

La droite et la gauche s'opposent moins sur l'idée d'un effort nécessaire en faveur de l'hôpital public que sur les réformes de fond à engager pour que ces moyens soient utilisés au mieux. Mattei avance une idée : la tarification à l'activité. Actuellement, les hôpitaux publics ou privés sans but lucratif reçoivent une dotation globale, alors que les cliniques privées sont payées à l'acte par les patients et, à travers eux, par l'assurance maladie. Une source de dérapages d'un côté comme de l'autre. Le coût global d'une intervention est souvent plus élevé à l'hôpital, tandis que les cliniques ont tendance à multiplier les actes à forte rentabilité.

Concurrence. En proposant d'expérimenter en 2003 puis de généraliser dans le public et le privé le remboursement à l'activité, modulé en fonction des pathologies et des contraintes de chaque établissement, Mattei veut faire jouer la concurrence entre établissements. "Comparons ce qui peut l'être", s'inquiète le socialiste Jean-Marie Le Guen, qui rappelle que, "au-delà du surcroît de charges qui pèse sur l'hôpital, il existe des écarts de coûts parfaitement justifiés, qui tiennent à la nature des patients et à leur parcours de soins au sein de l'institution". Défense du service public à gauche, mise en concurrence à droite : même si l'idée de la tarification à la pathologie est née sous la gauche en 1991, les vieux réflexes sont toujours là.

Partout en France, les délais pour une intervention augmentent.

Hôpitaux: les malades sur liste d'attente

Le "meilleur système du monde" connaît des pénuries.

Par Eric FAVEREAU

samedi 02 novembre 2002

"La France vit depuis vingt-cinq ans avec l'idée que son potentiel hospitalier est trop développé. Ce diagnostic est à reconsidérer." Un haut fonctionnaire de la Santé ne dérive à l'anglaise. Avec des files d'attente, des opérations qui tardent et des rendez-vous éloignés dans le temps (à trois, voire six mois) pour des interventions chirurgicales pourtant bien nécessaires.

Pénurie, attente et, au bout du compte, prise en charge médicale de moins bonne qualité : ce que l'on croyait impensable il y a quelques mois encore arrive désormais dans les hôpitaux français. Cela touche en priorité la chirurgie, mais également d'autres disciplines : la cancérologie, la radiologie, la gériatrie, la médecine interne, etc. C'est ce que montre l'enquête qu'a menée Libération dans plus d'une trentaine d'établissements de soins français (lire page 4), qu'ils soient publics ou privés, de petite taille ou imposant comme un CHU (centre hospitalier universitaire).

Alors que les experts de la direction des hôpitaux, comme ceux du ministère de la Santé, continuent de faire le dos rond, reconnaissant juste "une situation difficile", cette dérive à l'anglaise souligne l'ampleur de la crise. Et cela, alors même que tous les responsables le reconnaissent : l'année 2003 sera plus difficile encore.

Offre de soins insuffisante

On a trop fermé de lits. Pour la première fois en France, l'offre de soins hospitaliers n'est plus suffisante et reste inégalement répartie. "Le gouvernement précédent a laissé à son successeur une situation désastreuse", écrit ainsi Dominique Coudreau, directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation de l'Île-de-France, à son ministre, Jean-François Mattei. "Les hôpitaux publics sont, pour la moitié d'entre eux, en déficit et leurs responsables démotivés. Ils devront en 2003 financer la réduction du temps de travail ainsi que les conséquences des accords catégoriels. Les hôpitaux privés sont également dans une situation difficile en raison de la RTT et de leur nouvelle convention collective. Une majorité de cliniques a été en perte en 2001."

Ce haut fonctionnaire - proche de l'actuelle majorité et jusqu'à présent farouche partisan de la réduction de l'offre hospitalière - le reconnaît aujourd'hui : "La France vit depuis vingt-cinq ans avec l'idée que son potentiel hospitalier est trop développé. Ce diagnostic est à reconsidérer. Dans les disciplines importantes (urgences, médecine gériatrique, imagerie lourde, radiothérapie, hémodialyse), le potentiel devient globalement insuffisant."

Dans ce contexte, la plupart des responsables semblent baisser les bras. A titre d'exemple, le directeur général de l'Assistance publique de Paris, Antoine Durleman, se terre. Il n'a aucun projet pour son bateau ivre, qui est pourtant le plus grand hôpital du monde. Quant au directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère, Edouard Couty, il tente de tenir bon. Et répète : "Je suis un éredon."

Pénurie de main-d'oeuvre

Non seulement les murs manquent, mais les bras aussi. La mise en oeuvre de la réduction du temps de travail (RTT) et la prochaine entrée en vigueur des directives européennes concernant l'hôpital (1) créent un besoin aigu d'effectifs supplémentaires.

Les chiffres sont connus, même s'ils restent imprécis. Selon le ministre, il manquerait entre 10 000 et 12 000 postes d'infirmières. La Fédération hospitalière de France parle, elle, de 20 000 postes vacants. Pour les médecins hospitaliers, on compte environ 4 000 postes vacants, auxquels il faut ajouter 9 000 postes occupés par des PAC, au statut incertain (2). La Conférence des directeurs généraux de CHU a ainsi souligné, le 17 octobre, qu'il manquerait au 1er janvier 7 500 postes de médecins et près de 11 150 postes de personnels non médicaux pour faire face aux nouvelles contraintes. "En théorie, si devaient s'appliquer, au 1er janvier 2003, à la fois les directives européennes sur le repos de sécurité et le temps de travail hebdomadaire ainsi que la RTT, on obtiendrait un déficit en temps médical évalué à 7 500 postes de praticiens hospitaliers, a expliqué le professeur Dominique Grimaud. La baisse du temps médical au sein de nos hôpitaux va être extrêmement difficile à gérer", ajoute-t-il,

estimant que “la création de 3 500 postes sur trois ans proposée par le gouvernement sera insuffisante”.

Pour les médecins, le numerus clausus a été remonté de 4 700 à 5 100. On est loin du compte. D'autant qu'il faut plus de dix ans pour former de nouveaux spécialistes. Des disciplines médicales sont atteintes de plein fouet : la chirurgie, qui n'attire plus les jeunes internes, mais aussi la psychiatrie, qui va traverser dans les dix années à venir une chute impressionnante de praticiens. Pour le Pr Jacques Roland, président de la Conférence des doyens des facultés de médecine, “il faut aussi résoudre le problème de leur répartition par spécialité et sur le territoire, car certains besoins géographiques sont insatisfaits”.

S'agissant des personnels non médecins (infirmières anesthésistes, sages-femmes, kinésithérapeutes...), la Conférence des doyens a estimé le manque à 11 150 postes. “Sur les 9 995 postes accordés (13 944 avaient été réclamés par les CHU), seuls 2 788 postes ont été réellement obtenus en 2002”, a indiqué son vice-président, le Pr Paul Castel. La situation commence à être tendue également pour les manipulateurs radio, les kinésithérapeutes et les aides-soignantes.

Tel est le paysage hospitalier, en cet automne 2002. Tendue à l'extrême. Dès ce lundi, commence une grève illimitée dans les cliniques privées à l'appel de la coordination nationale des médecins exerçant en clinique. Le plan Hôpital 2007, présenté en juin dernier par le Premier ministre lors de sa déclaration de politique générale, puis relayé par Jean-François Mattei, est un début de réponse (lire ci-contre). En aucun cas, il ne va faire disparaître ce nouveau symptôme de l'hôpital : l'attente.

(1) Les médecins hospitaliers ont droit à 20 jours de congés par an au titre de la RTT. Les directives européennes prévoient, en plus, un repos de sécurité pour les médecins (11 heures de repos sur une séquence de 24 heures, ce qui évite d'enchaîner nuits de garde et journées de travail) et l'intégration du temps de garde dans le temps de travail hebdomadaire.

(2) Le PAC (praticien adjoint contractuel) est un statut spécial, créé de toutes pièces pour les médecins à diplôme étranger.