

Un rapport explosif sur les dépenses hospitalières La T2A, inflationniste, doit marquer une pause, selon l'Igas et l'IGF

A la demande du ministère de la Santé, l'Igas et l'IGF ont examiné les causes du dépassement de l'objectif des dépenses hospitalières en 2004. Leurs conclusions sont sévères pour la tarification à l'activité. La T2A « comporte des risques inflationnistes incontestables », « sa crédibilité et sa légitimité paraissent aujourd'hui entamées ». « Le Quotidien » publie des extraits du rapport Igas-IGF, classé top secret, et qui alimente la rumeur depuis plusieurs mois.

LES DEPENSES hospitalières ont sérieusement dérapé en 2004. De 341 millions d'euros selon la Dhos, et de 325 millions d'euros d'après la Cnam. Pour quelles raisons ? L'entrée des hôpitaux en tarification à l'activité (T2A) a-t-elle contribué au dérapage ? Le ministre de la Santé d'alors, Philippe Douste-Blazy, a voulu en avoir le cœur net. En février 2005, avec Hervé Gaymard, son homologue à Bercy, il commande une enquête à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et à l'Inspection générale des finances (IGF). Au terme de cinq mois de travail, les deux inspections rendent leur rapport. Avec ce constat : la T2A, telle qu'elle est mise en œuvre, est inflationniste. En conclusion, cette proposition choc : il faut stabiliser le dispositif T2A, faire une pause, pour consolider le système et éviter de nouveaux dérapages.

Enterré. A peine remis, aussitôt

enterré : le gouvernement n'a pas dévoilé une ligne du fameux rapport Igas-IGF depuis le mois de juillet. La T2A est censée renforcer la transparence et l'efficacité du système hospitalier. Dès lors, pourquoi ce mur de silence ? « Le Quotidien » s'est procuré le document en question. A sa lecture, on peut comprendre l'embarras du ministère de la Santé. La mission critique le pilotage de la réforme : la T2A a mal été mise en place, ses effets pervers n'ont pas été anticipés. Philippe Douste-Blazy, sans être nommé, est visé. La gestion des établissements de santé publics est également pointée du doigt. Contrairement à ce que disent certains, les outils permettant de connaître et de piloter l'activité et les coûts existent, mais ils sont peu utilisés, ce qui traduit « le manque de poids et de crédibilité du discours gestionnaire » au sein des hôpitaux publics, selon la mission. Un tel constat ne manquera pas de déplaire aux dirigeants hospitaliers.

Dérapage. Troisième explication possible : dans ses débuts, la T2A a manqué sa cible. Même s'il n'est pas affiché comme tel, l'un des objectifs de cette réforme est de contenir les dépenses hospitalières, en payant les soins à leur juste coût. Objectif raté l'an passé, au vu du dérapage observé. D'où, peut-être, le silence radio entourant l'enquête Igas IGF. Il s'agit de ne pas démobiliser les troupes, déjà sceptiques face au risque de sélection des malades. Leur apporter la

preuve chiffrée que le modèle n'est pas maîtrisé sur le plan économique reviendrait à ruiner tous les efforts déployés par le ministère de la Santé pour faire accepter la T2A. Laquelle n'a représenté que 10 % des budgets hospitaliers l'an passé. En 2005, cette part se monte à 25 % à l'hôpital public – et à 100 % dans les cliniques privées depuis le 1^{er} mars. Faut-il s'attendre à une aggravation du dérapage en fin d'année ? D'après le rapport Igas-IGF, cela ne fait aucun doute. Au ministère de la Santé, on admet la nécessité d'ajuster le tir. « Le dépassement de l'ondam a été plus important que ce que l'on croyait : il y a des choses à corriger, des ajustements à faire », nous indique-t-on.

Hors de question, cependant, de tout stopper : le ministère n'entend pas remettre en cause le principe même de la T2A, une réforme « juste, car il s'agit de rémunérer les actes médicaux à leur coût réel ».

Quelle décision faut-il prendre pour 2006 ? Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, n'a pas encore rendu ses arbitrages. La loi prévoit une montée en charge progressive de la T2A à l'hôpital, ce que viennent de confirmer les parlementaires en maintenant le principe de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé d'ici à 2012. A l'inverse, le rapport Igas-IGF prône une pause : le maintien en 2006 d'un taux de T2A à l'hôpital de 25 %, ou une hausse limitée à 30 % « pour ne pas donner l'image d'un arrêt de la réforme ». L'IGF va même plus loin, et suggère de « supprimer le mécanisme de régulation prix/volume annuelle et infra-annuelle, et d'assurer la stabilité des tarifs en 2006 ». Sur ce point, l'Igas n'est pas d'accord : tout figer n'est « pas prudent, tant que les autres mécanismes de régulation n'auront pas fait la preuve de leur efficacité ».

Un autre rapport. L'Igas serait sur le point de remettre à Xavier Ber-

trand un autre rapport sur la convergence tarifaire public/privé. Selon la rumeur, le ministre aurait déjà tranché en faveur d'une montée en charge significative de la T2A dans les hôpitaux en 2006, contre l'avis des deux inspections. Mais aucune source officielle ne vient le confirmer. Xavier Bertrand ne pourra pas faire mystère encore longtemps de ses intentions en matière de politique hospitalière. La communauté hospitalière dans son ensemble réclame une lisibilité, une transparence, que le ministre tarde à concrétiser.

C'est cette semaine que le Conseil national de l'hospitalisation doit rendre ses recommandations au ministre de la Santé sur la façon dont il faut poursuivre la réforme de la T2A. Peut-être que cet avis, s'il est rendu public, contraindra Xavier Bertrand à sortir du bois. Sa grande annonce sur l'hôpital, plusieurs fois repoussée, se fait attendre.

> DELPHINE CHARDON

Morceaux choisis

Le constat

« Jusqu'en 2004, aucun dispositif ne garantissait le respect de l'ondam hospitalier. (...) La T2A comporte des risques inflationnistes incontestables. (...) En ce qui concerne les marges de manœuvre de gestion, il est certain qu'une fenêtre d'opportunité s'ouvre avec la vague massive des départs en retraite. (...) En matière d'emploi, la déconcentration de la gestion des PH et la création pour la fonction publique hospitalière de centres de gestion sur le modèle des collectivités locales mériteraient d'être réétudiées ; la composition et la présidence du CA et de la CME constituent également des enjeux majeurs, de même que le mode d'évaluation et de gestion des directeurs d'hôpitaux. (...) La T2A, telle qu'elle est mise en œuvre aujourd'hui, ne conduit pas à une régulation efficace de la dépense hospitalière. (...) L'absence de différenciation dans les modes de rémunération (entre les secteurs public et privé et plus largement suivant le type d'établissement) induit des effets pervers importants. (...) Pour les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux implantables, il n'existe à ce jour, dans l'attente des contrats de bon usage prévus par la loi, aucun dispositif de régulation, mis à part le provisionnement au plan national. (...) Le financement des séjours est également potentiellement inflationniste. (...) Les seuls effets activité 2004 et 2005 pourraient donc

conduire à un dépassement important de l'ondam 2005 des établissements ex-DG et ex-OQN. (...) Au total, la crédibilité de la réforme paraît aujourd'hui entamée tant au niveau des établissements que des tutelles régionales. Par ailleurs, la complexité des règles, leur manque de lisibilité (...) sont tels que l'année 2005 sera très certainement une année blanche en termes de gestion dans la majorité des établissements. »

Les propositions

« Pour 2006, il convient de stabiliser le système de financement. Il est donc proposé de maintenir la part activité à 25 ou 30 % pour ne pas donner l'image d'un arrêt de la réforme ; de conserver les bases budgétaires et la structure actuelle de la tarification ; d'ajourner l'extension de la T2A au moyen séjour (...). Simultanément, il est urgent de mettre en œuvre les instruments de régulation, pour partie déjà prévus, afin d'enrayer la dynamique inflationniste des dépenses : reprise des contrôles du codage Pmsi ; contractualisation sur les missions d'intérêt général ; objectifs de volume sur les molécules onéreuses, les dispositifs médicaux implantables et les séjours les plus coûteux. (...) Il convient d'attendre les résultats de l'ENC (étude nationale des coûts, ndlr) privée avant d'entamer une nouvelle étape de la convergence public/privé. »

> D. CH.

ART 50
diacérhéine

**Anti-arthrosique
avec effet antalgique
et activité anti-inflammatoire modérée**

arthrose

**Traitement symptomatique
des manifestations fonctionnelles
de l'arthrose**

ART 50 - FORME ET COMPOSITION : Gélule. Diacérhéine 50 mg. Excipients : Stéarate de magnésium, lactose monohydraté pour une gélule n° 1 de 300 mg. Composition de l'emballage de la gélule : géluline, dioxyde de titane, E 171, indigotine, E 132. **DONNEES CLINIQUES :** Indications thérapeutiques : Traitement symptomatique des manifestations fonctionnelles de l'arthrose. Remarque : - Une inhibition de la phagocytose et de l'activation des cellules de la réponse immunitaire peut nécessiter d'interrompre le traitement par les anti-inflammatoires habituels dont l'action est irréversible. Posologie et mode d'administration : RESERVE A L'ADULTE plus de 16 ans. Voie orale. Les gélules sont à avaler telles quelles, sans les ouvrir, avec un verre d'eau, de préférence au milieu des repas. La posologie recommandée est de 2 gélules par jour réparties en 1 prise le matin et 1 prise le soir. Chez le patient âgé, chez l'insuffisant hépatique ou rénal modéré, il n'y a pas lieu de modifier la posologie. Chez le patient insuffisant rénal sévère (clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min), les posologies quotidiennes sont à réduire de moitié. **Contre-indications :** Ce médicament est contre-indiqué en cas de : - colopathie organique inflammatoire recto-colo-urétrale, maladie de Crohn, - syndrome occlusif ou sub-occlusif, - syndromes douloureux abdominaux de cause indéterminée, - hypersensibilité à la même ou aux substances d'origine proche, - hypersensibilité à l'un des excipients, - insuffisance hépatique sévère. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Ce médicament est déconseillé pendant la grossesse et l'allaitement. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** Cf. VIDAL. **Grossesse et allaitement :** Cf. VIDAL. **Effets indésirables :** Effets gastro-intestinaux : - Les effets indésirables les plus fréquemment signalés ont été une diarrhée, des selles molles, des douleurs abdominales. - Une pigmentation de la muqueuse recto-colo-urétrale (mélanose colique) a été rarement observée. - Une coloration foncée des urines en rapport avec la structure de la molécule et sans valeur pathologique peut être observée. **Effets cutanés :** - Des cas de prurit, d'urticaire et d'érythème ont été décrits. **Surdosage :** Cf. VIDAL. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** Propriétés pharmacodynamiques : ANTIARTHROSIQUE (M^u Muscle et Soufflet). La diacérhéine est un dérivé antraquinonique qui possède une activité anti-inflammatoire modérée. Elle est anti-inflammatoire à fortes doses, sans effet irritant sur l'estomac. Son action est lente et apparaît vers le 30ème jour de traitement et est significative vers le 45ème jour. L'effet est additif, en association avec les AINS. In vitro, la diacérhéine a montré les propriétés suivantes : - Une inhibition de la phagocytose et de l'activation des cellules de la réponse immunitaire. - Une réduction de l'activité collagénolytique. Dans certains modèles, la diacérhéine stimule la synthèse des protéoglycanes, des glycosaminoglycanes et de l'acide hyaluronique. Une action favorable sur le collagène a été mise en évidence sur plusieurs modèles animaux. Une étude multicentrique, randomisée, en double insu (étude ECHODIAH) visant à évaluer l'effet de la diacérhéine sur la progression du pincement articulaire a été réalisée pendant une durée de 3 ans chez 507 patients souffrant de coxarthrose. Elle a comparé la prise matin et soir de 30 mg de diacérhéine (n=253) à celle d'un placebo (n=252). L'efficacité a été évaluée selon les deux critères principaux suivants : - Pourcentage de patients aggravés radiologiquement (définis par une diminution radiologique de plus de 0,5 mm de l'interligne articulaire) - Vitesse annuelle de pincement de l'interligne articulaire (mm/ani). 265 patients ont terminé l'étude à 3 ans, selon l'analyse en intention de traiter. - La proportion de patients subissant une progression radiologique de plus de 0,5 mm est significativement moindre dans le groupe diacérhéine que dans le groupe placebo (50,7% versus 60,4%, p=0,026). - La vitesse annuelle de pincement (0,39 mm/ani) n'est pas significativement différente entre les deux groupes. La signification clinique de ces résultats en termes de pronostic n'est pas connue. **Propriétés pharmacocinétiques :** Cf. VIDAL. **DONNEES PHARMACOLOGIQUES :** Durée de conservation : 3 ans. **Présentation et numéro d'identification administrative :** Boîte de 30 gélules sous plaquettes thermoformées PVC/aluminium. A.H.A. N° 335529.3 (révisée 2001). Mise sur le marché en 1994. Prix : 19,65 €. Coût du traitement journalier : 1,31 €. Remb. Sec. Soc. à 33%. Agréé Collectivités. Liste I. NEGMA-LEADS. Immeuble Strasbourg, Avenue de l'Europe, Toussus-le-Noble, 78771 Magny-Les-Hameaux Cedex. Informations médicale et pharmaceutique : Tél : 01 39 25 81 81. Pour une information complète, se référer au dictionnaire VIDAL.