

COMPTES RENDUS DE LA MISSION D'EVALUATION ET DE CONTROLE DE LA SECURITE SOCIALE

- Mercredi 16 mai 2012
- Financement des établissements de santé - Audition de M. Michel Antony, de Mme Françoise Nay, et de M. Cesbron, membres de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité
- Financement des établissements de santé - Audition de M. Jean-Luc Baron et de Mme Marie-Paule Chariot de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
- Financement des établissements de santé - Table ronde réunissant les organisations syndicales des personnels hospitaliers
- Financement des établissements de santé - Audition de M. Didier Tabuteau, directeur de la chaire santé à Sciences Po, codirecteur de l'Institut droit et santé

Mercredi 16 mai 2012

- Présidence de M. Yves Daudigny, président -

Financement des établissements de santé - Audition de M. Michel Antony, de Mme Françoise Nay, et de M. Cesbron, membres de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité

Au cours d'une première réunion tenue dans la matinée, la mission procède à l'audition de M. Michel Antony, de Mme Françoise Nay et de M. Paul Cesbron, membres de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité.

M. Yves Daudigny, président. - Les modalités de financement des établissements santé, la T2A et les dotations correspondant aux missions d'intérêt général, ne constituent qu'une modalité de répartition de l'Ondam hospitalier. Elles ne sont pas neutres ; elles ont une incidence directe sur le fonctionnement et l'orientation des

activités de ce secteur. Nous souhaitons d'autant plus entendre les représentants de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternité de proximité. Certains hôpitaux de proximité pratiquent déjà la T2A et les hôpitaux locaux devraient, en principe, passer sous ce régime l'an prochain. D'après vous, quelles sont les conséquences de ce mode de tarification, quels sont ses avantages, ses inconvénients, ses éventuels effets pervers ? Influe-t-il sur la restructuration de l'offre de soin territoriale ?

M. Michel Antony, président de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité. - La Coordination nationale est une association pluraliste qui regroupe les usagers de la santé : des patients - et surtout pas des consommateurs de la santé -, des représentants de la société civile, des élus locaux et des professionnels de la santé. Dans notre positionnement, il s'agit avant tout de prendre en compte la satisfaction des besoins des personnes et des territoires et des personnes. La priorité des priorités n'est pas financière, administrative ou technique, elle porte sur les choix pour répondre aux besoins des populations, citoyens ou non, sans papiers ou avec.

Nous nous interrogeons en priorité sur les besoins de notre pays. La notion de proximité est essentielle. Par proximité, j'entends les hôpitaux locaux, mais aussi les CHU dans la mesure où ils répondent aux attentes des populations urbaines. Le financement global de la santé devrait assurer un aménagement du territoire cohérent. L'égalité exige le maintien d'hôpitaux de proximité dignes de ce nom, aptes à répondre aux besoins de la population concernée, même s'ils ne font pas tous la même chose. Cette proximité n'est pas synonyme de dépenses supplémentaires ni de déficits : elle résout l'essentiel des problèmes de santé de la population et évite les transferts inutiles, les déplacements stupides. Il est temps de mettre un terme au rassemblement des malades dans les centres de regroupement. Ainsi, les urgences des grands centres hospitaliers sont engorgées par des patients qui auraient parfaitement pu être pris en charge ailleurs.

Tout ce qui a été fait en matière de financement ces dernières années ne nous convient pas. Les hôpitaux ont été considérés comme des centres financiers, des entités privées dont les budgets devaient être équilibrés, et la loi HPST a accentué cette dérive en oubliant la satisfaction des besoins des patients par l'humanité des soins à l'hôpital. Les politiques doivent remettre en cause ces évolutions récentes, notamment la loi HPST, la convergence public-privé et l'actuelle T2A. C'est des besoins de santé que l'on déduira les besoins de financement.

Sans être des comptables ni des professionnels, nous représentons une population qui subit les effets d'une politique dommageable. De nombreux lits d'hôpitaux ont

été supprimés, surtout en maternité, si bien que 20 % à 30 % des malades ne consultent plus. Il n'est pas acceptable qu'un Etat démocratique et égalitaire laisse des gens au bord de la route. Il est indispensable de revenir en arrière.

La T2A et la politique de convergence ont multiplié les restructurations au détriment de l'aménagement du territoire qui aurait dû rester une priorité.

M. Jacky Le Menn, rapporteur. - Votre définition de la proximité est très large puisqu'elle englobe les CHU : c'est l'ensemble des plateaux techniques que vous considérez. Vous semblez vouloir en revenir à un financement global de l'hôpital. Les communautés hospitalières de territoire créées par la loi HPST sont-elles de nature à préserver les moyens humains et techniques existants ? Que pensez-vous des groupements de coopération sanitaire qui associent public et privé ?

Mme Françoise Nay, vice-présidente de la coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité. - La plupart des hôpitaux sont endettés, étranglés financièrement. L'Ondam est une enveloppe fermée qui les contraint, et le paiement à l'acte accentue cette contrainte.

Les communautés hospitalières de territoire ont pour objectif de rentabiliser un certain nombre de services en les regroupant sur un seul site, au détriment des besoins de la population - voyez le cas du Vaucluse. C'est d'ailleurs ce qui se passait avec les fusions, lorsqu'on supprimait une maternité sur deux. On reste dans cette logique qui a conduit à des concentrations.

On demande aux hôpitaux de faire plus avec moins de moyens humains et techniques. Si on persiste dans cette voie, on raisonnera non pas en termes de mieux mais de moins pire.

Je vous renvoie au rapport de la Cour des comptes sur les groupements de coopération sanitaire : ils vont fortement pénaliser les hôpitaux publics. L'hôpital sud-francilien coûtera cher au secteur public. Nous refusons ces partenariats public-privé dans le cadre actuel.

Inflationniste, la T2A conduit à l'abandon d'activités jugées non rentables ou à privilégier les plus rentables. En outre, elle est délétère pour les petits hôpitaux et implique une logique financière de l'hôpital entreprise - ne parle-t-on pas de production de soins. Voilà pourquoi nous refusons cet ensemble.

Ainsi, la maternité des Bluets est en grande difficulté financière du fait de la T2A, car le tarif de l'accouchement normal a diminué progressivement et la démarche d'accompagnement n'est pas prise en compte, ainsi pour l'allaitement. La césarienne rapporte plus à l'hôpital qu'un accouchement qui se passe bien, et l'infection

urinaire plus que la césarienne. C'est totalement illogique si l'on se considère la qualité des soins.

La T2A pousse à la concentration des moyens, surtout dans les maternités, afin de réduire les coûts. De plus, les femmes qui accouchent sortent de plus en plus tôt des hôpitaux, sans que les soutiens à l'extérieur soient pris en compte. Or, pour l'hôpital de Bicêtre, il n'y a pas dans certaines villes du Val-de-Marne-Ouest de gynécologues ni de pédiatres et très peu de sages-femmes en libéral. Voilà comment on suscite des difficultés.

M. Paul Cesbron, membre du conseil d'administration, de la coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité. - Les communautés hospitalières de territoire ont pour objectif de réaliser des économies, partant de réduire l'offre de soin. Le but était de répondre aux besoins de santé. La loi HPST autorise le maintien d'une autonomie financière des hôpitaux dans le cadre des communautés. Or, pratiquement toutes les communautés hospitalières de territoire s'inscrivent aujourd'hui dans la réduction de l'offre de soins. Alors que l'objectif était une coopération entre unités hospitalières, ce qui est souhaitable, c'est tout le contraire qui se passe actuellement.

Les groupements de coopération sanitaire se font presque exclusivement entre le public et le privé, alors que la loi permettait tout à fait des groupements entre hôpitaux publics afin d'acheter, par exemple, des matériels coûteux, comme une IRM. L'expérience démontre que les groupements de coopération sanitaire public-privé se réalisent au détriment du secteur public. Ils excluent le caractère lucratif des établissements nouveaux ; l'avantage du privé résulte de l'utilisation du matériel en cause et d'une répartition du travail qui le favorise dans les faits. Cela ne correspond pas aux besoins.

M. Michel Antony. - Depuis notre création en 2004, nous souhaitons la constitution de réseaux entre les hôpitaux et les autres structures de santé. Nous voulons qu'ils soient démocratiquement choisis et qu'ils respectent l'autonomie de chacun. En revanche, les réseaux actuellement constitués ne respectent pas l'autonomie des établissements : il y a toujours un établissement pivot qui l'emporte sur les autres. Ces derniers perdent des services, des lits, du personnel, tandis qu'un seul centre reçoit tous les patients, sans bénéficier pour autant d'infrastructures adaptées ni de suffisamment de personnel. C'est aberrant. Et nous constatons cette situation aussi bien dans le Vaucluse, qu'en Aveyron, en Bretagne, en Midi-Pyrénées, ou en Franche-Comté. Partout, la santé publique de proximité a disparu, avec de terribles effets sur la population ainsi mise à l'écart.

En lisant le préambule de la loi HPST, on était à deux doigts de proposer une

adhésion à Mme Bachelot. Dans les faits, la loi a été détournée de son objet, au détriment de l'hôpital public avec, à la clef, la disparation de centaines de services de cardiologie, d'urgence de nuit, de chirurgie. Il ne reste que 500 maternités sur les 1 700 qu'il y avait dans les années 1970, alors que la population a augmenté et que le taux de fécondité reste élevé. Vous le voyez, nous ne sommes pas opposés à toute coopération, dès qu'elle est libre et égalitaire.

M. Jacky Le Menn, rapporteur. - Nous sommes allés la semaine dernière dans le Vaucluse, nous avons rencontré les différents responsables des établissements qui sont en train d'élaborer une communauté hospitalière de territoire au niveau départemental. Il ne semble pas qu'il y ait une subordination forte des petits établissements à l'égard de l'hôpital pivot d'Avignon, mais plutôt une répartition des activités en fonction des moyens.

Les groupements de coopération sanitaire pour les moyens techniques ne constituent pas une nouveauté. Ils prennent le relais des GIE qui étaient créés pour les équipements lourds, des GIP ou des syndicats inter-hospitaliers pour l'informatique ou la logistique. Les regroupements entre hôpital et clinique privée pour former un nouvel établissement ne semblent pas démarrer.

M. Paul Cesbron. - Les groupements de coopération sanitaire ne se limitent pas à un rapprochement entre un hôpital et une clinique. Ils concernent aussi des services, comme ceux dédiés à la cardiologie interventionnelle, qui fait l'objet d'une véritable OPA du privé. Ces regroupements s'opèrent au détriment de l'hôpital public, auquel ils coûtent très cher. La Cour des comptes a signalé le déficit pour le public des partenariats public-privé, mais ce type de regroupements se fait aussi aux dépens du public.

M. René-Paul Savary. - Nous sommes tous favorables à la proximité. Pourtant, les patients qui veulent le meilleur sont prêts à se déplacer pour l'obtenir : les ruraux à la ville voisine, les habitants de celle-ci à la métropole régionale, puis à Paris. Comment s'adapter à ce problème de technicité et aux mouvements de population ? En outre, de nombreux territoires souffrent d'un déficit en médecins et en infirmiers.

Vous êtes opposés à l'enveloppe fermée et à la T2A. Que proposez-vous en contrepartie ?

M. Michel Antony. - Dans le Vaucluse, avez-vous rencontré les comités de Valréas, de Pertuis, de Cavaillon, ou les syndicats ? Les analyses ont souvent lieu avec les responsables administratifs, moins avec les usagers ou les personnels. Les principaux concernés sont rarement interrogés, cela fausse l'analyse. Le comité de

Valréas qui défend une maternité, a gagné en appel au tribunal administratif contre Mme Bachelot pour non-respect de la continuité des soins - la maternité n'a pas été rétablie pour autant. Nos amis de Pertuis ont perdu la leur, et l'hôpital est exsangue, alors que la population, proche d'une centrale nucléaire, augmente. Quelle incohérence !

Avec la loi HPST, la centralisation autocratique a triomphé. Les choix sont arrêtés par le président de la République, le ministre de la santé, les ARS, qui nomment les directeurs d'hôpitaux condamnés à suivre une seule politique. Ces derniers doivent faire au mieux en fonction des moyens qui leur sont attribués - c'est dramatique. Ils ferment des services lorsqu'il n'y a pas assez de flux. Pour nous, ce terme est une véritable injure : il s'agit de la santé des Français, pas d'une marchandise ! En ne considérant que les moyens, les concentrations s'imposent. On ne garderait que quelques CHU. Pourquoi pas un seul hôpital en France, alors ?

Certes, les gens se déplacent, mais pourquoi ne pas fermer la chirurgie publique, puisque les patients privilégient la chirurgie privée ?

Mme Françoise Nay. - Les gens ne vont plus forcément là où ils veulent mais là où ils peuvent se faire soigner. Ils n'ont plus la possibilité de se faire opérer de choses simples près de chez eux. Une pose de prothèse de hanche ne requiert pas un grand service en orthopédie. Inversement, pour une fracture du col du fémur, les urgences peuvent vous envoyer dans une petite clinique, qui n'a pas le plateau technique d'un hôpital. Le patient va là où il y a de la place : il n'a pas le choix.

M. René-Paul Savary. - Mais non !

Mme Françoise Nay. - Mais si ! Allez aux urgences de Bicêtre, vous êtes transférés sur une clinique où il y a de la place. Quand il n'y a qu'un spécialiste, en urologie par exemple, les patients vont dans le privé et payent les dépassements d'honoraires. Le choix n'existe pas : tout le monde ne va pas dans le grand service avec un grand médecin.

Vous n'avez pas parlé des budgets d'investissement des hôpitaux.

M. Jacky Le Menn, rapporteur. - J'allais y venir.

M. René-Paul Savary. - Que proposez-vous pour les financements ?

M. Paul Cesbron. - Nombreux sont ceux qui remettent en cause la T2A, y compris parmi ceux qui ont été à son origine. Ce financement est injuste, car il favorise le privé qui choisit les technologies médicales les plus rentables, comme la chirurgie ambulatoire, laissant les autres à l'hôpital public. C'est pourquoi nous demandons

de revoir la tarification des actes effectués en ambulatoire. D'ailleurs, les Etats-Unis et la Grande-Bretagne, où l'expérience de cette tarification est ancienne, y réfléchissent.

En outre, la tarification à l'activité est inflationniste. Il est préférable de faire une césarienne plutôt que de laisser une femme accoucher normalement, ce qui n'est pas une réponse correcte. Le nombre de césariennes ne cesse d'augmenter, malgré leurs conséquences nocives sur la santé des femmes.

L'on stimule une concurrence qui n'est pas bonne tout en multipliant certains actes. Nous en déduisons qu'il conviendrait de revenir au budget global ou au prix de journée, en introduisant, le cas échéant, une part de tarification à l'activité. Nous devons tous nous pencher raisonnablement sur cette question pour aboutir à une solution plus juste et moins commerciale qu'à l'heure actuelle. Sans avoir une solution clef en main, nous souhaitons participer à la réflexion qui s'impose.

On ne pense qu'au financement du fonctionnement, qui relève de la sécurité sociale. Pour ce qui est des investissements, pour lesquels un financement d'Etat est nécessaire, dissociations-les bien des budgets de fonctionnement.

J'en reviens aux hôpitaux de proximité : la population souhaite fortement leur maintien. Vous n'avez pas en face de vous une bande d'illuminés : nous existons en raison de la volonté de la population de garder les hôpitaux de proximité. On nous rétorque que, curieusement, les gens qui y sont attachés vont ailleurs. C'est faux ! Simplement, dès qu'un établissement est menacé, on met tout en place pour qu'il en soit ainsi.

La III^e République voulait construire un hôpital dans chaque canton... Le soin nécessite de la proximité. Bien sûr, certains doivent être délivrés dans des services spécialisés : on ne saurait pratiquer les greffes cardiaques à Brive-la-Gaillarde. Reste que la majorité des soins peuvent être assurés à proximité : 80 % des accouchements sont physiologiques, ils peuvent et doivent être pratiqués à proximité, dans de petites unités. Le privé n'est pas intéressé par l'obstétrique, même s'il y a quelques grosses maternités privées comme à Nantes ; la concentration des maternités dans le public aboutit à des phénomènes iatrogènes. Ainsi, 25 % des femmes sont déclenchées pour leur accouchement. La France a de mauvais taux de mortalité maternelle du fait des hémorragies de la délivrance. Or, l'induction du travail et le taux de césariennes sont les facteurs principaux des hémorragies de la délivrance. Les maternités de niveau 3 correspondent aux besoins de 2 % à 3 % des grossesses. Chaque région de France a besoin d'une de ces maternités, deux ou trois en région parisienne ou en PACA, mais toute l'obstétrique ne doit pas s'y concentrer.

Les gens, dans certaines spécialités, n'ont pas le choix.

Mme Annie David. - Votre position me paraît raisonnable, puisque vous estimez à juste titre que chaque partenaire doit être respecté lors des mises en réseau. Comme moi, vous vous demandez quelles réponses de santé publique de proximité apporter aux populations. Si cela peut se faire dans le cadre de réseaux qui dégagent des économies, tant mieux.

La technicité est sans doute plus voulue par les techniciens que par nos concitoyens. Les regroupements des maternités ne donnent plus vraiment de choix aux futures mamans. Dans mon département de l'Isère, la maternité du plateau matheysin a fermé : pour accoucher, on doit se rendre à Grenoble ; or la descente de Vizille est très dangereuse, et le contournement, qu'on impose aux bus, bien plus long, si bien que certaines femmes accouchent dans le véhicule des pompiers ou dans la voiture de leur mari.

Lors d'une rencontre avec une délégation de parlementaires bavarois, Alain Milon nous disait hier que le problème était moins celui du nombre de professionnels que de leur répartition territoriale. Si nous étions plus exigeants, la question de la désertification médicale ne se poserait peut-être pas avec autant d'acuité. Là aussi, les gens aimeraient avoir un service de proximité.

Votre dernière proposition sur le financement est intéressante. Pourquoi, au lieu de tout baser sur la tarification à l'acte, ne pas la garder uniquement dans certains secteurs ? Séparons l'investissement du fonctionnement et faisons en sorte que le privé pratique tous les actes, et pas seulement ceux qui sont rentables.

Moi aussi, je suis attachée à une réponse de proximité sur l'ensemble du territoire.

M. Jacky Le Menn, rapporteur. - Vous souhaitez que les investissements lourds ne pèsent pas sur les dépenses de fonctionnement - on peut penser à des dotations d'Etat ou à des contrats de plan. Seriez-vous favorables à ce que le fonctionnement soit financé par un mix de dotations et d'une tarification ? Ne pourrait-on expérimenter un financement du parcours de soin ? Quel serait le rôle des ARS dans le cadre de la répartition territoriale des enveloppes ?

M. Michel Antony. - Nous défendons la valeur de subsidiarité, qui suppose de conserver toutes les structures du local au régional. C'est ce système, l'un des meilleurs au monde, qu'on est en train de détruire. Pour que le maillage territorial soit viable, des moyens sont nécessaires, d'où notre opposition aux enveloppes fermées.

On invoque souvent le manque de personnel pour justifier la fermeture des

services. Dans les années 1970, on formait chaque année 9 000 médecins, alors que notre pays comptait 45 millions d'habitants encore assez jeunes. Aujourd'hui, on en est à 8 000 médecins avec une population plus âgée et plus nombreuse (60 millions). Cherchez l'erreur ! Il y a là une incohérence du pouvoir politique.

Pour mieux répartir les professionnels, il faut plus que des incitations qui se sont révélées inopérantes. On peut le lire sur le site du Conseil de l'ordre, la densité médicale n'a pas évolué depuis vingt ans. La position que nous avons prise en 2006 rejoint celle de l'Association des petites villes de France : si la formation était mieux prise en charge, et les étudiants aidés financièrement, il ne serait pas stupide que les nouveaux professionnels soient nommés pendant quelques années pour une forme de mini-service public là où le besoin s'en fait sentir.

Nous sommes plus favorables aux centres de santé qu'aux maisons de santé, car il est possible d'y imposer des notions de service public, comme le tiers payant intégral ou l'interdiction des dépassements d'honoraires. Sans protocole de santé, l'on peut faire n'importe quoi... Il est d'ailleurs indispensable de supprimer le secteur privé à l'hôpital public. Aidons un hôpital sain et faisons preuve de courage politique.

Mme Françoise Nay. - Il est préférable de réfléchir en termes de volume d'activité que de paiement à l'acte. En revanche, j'ai du mal à visualiser le financement d'un parcours de soin, surtout lorsqu'il faudra répartir les paiements entre les différents intervenants.

Certains secteurs ne sont pas encore soumis à la tarification à l'activité comme les hôpitaux locaux, la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation, ainsi que la gériatrie pour une part. Les prises en charge y étant multiples, la tarification à l'activité semble impossible à mettre en oeuvre en psychiatrie. Va-t-on payer davantage la chambre d'isolement ou la décompensation psychiatrique ? Songez encore que les hôpitaux locaux sont pour beaucoup des hôpitaux gériatriques.

Les hôpitaux connaissent d'extrêmes difficultés d'investissement. A Henri Mondor, il y avait 6,4 millions d'investissements pour les travaux en 2007, 4,1 millions en 2010, 2,8 millions en 2011 et 1,4 million cette année. La maintenance n'est désormais plus assurée. Continuer ainsi affaiblirait dramatiquement le parc hospitalier.

Les hôpitaux ont emprunté et certains d'entre eux se retrouvent avec des emprunts toxiques.

M. Jacky Le Menn, rapporteur. - Les banques ne prêtent plus.

Mme Françoise Nay. - Alors, on n'assure plus la maintenance. L'emprunt est un piège pour l'hôpital. Enfin, certains hôpitaux n'arrivent plus à assurer la formation professionnelle continue de leur personnel. Il y a donc urgence.

M. Yves Daudigny, président. - Merci pour vos interventions.