

Monsieur Gérard Larcher
Commission de concertation sur les missions de l'hôpital

Paris, le 13 février 2008

Monsieur le Ministre,

Comme le Président de la République vous l'a écrit dans votre lettre de mission « *l'hôpital ne peut se penser sans sortir de ses murs* », notre think-tank spécialisé dans l'évaluation des politiques publiques, l'iFRAP, a beaucoup travaillé sur la question de la réforme de l'hôpital. Nous avons notamment comparé le fonctionnement de nos hôpitaux publics et privés avec ceux de nos voisins et partenaires européens.

Voici ce que nous avons constaté :

Un malaise profond règne à l'hôpital public. L'ensemble des personnels des hôpitaux publics se plaint de surcharge de travail et de sa dureté, du manque d'effectifs et de salaires insuffisants. La fréquence des grèves et un absentéisme record confirment ce ressenti. Le taux de démission de ceux des salariés qui ont la possibilité de changer d'employeur (ex: infirmières) est anormalement important. Des crises d'angoisse collectives du personnel se produisent, entraînant la fermeture de services pendant des mois comme à l'Hôpital Pommidou, à Nice ou à Marseille, sans aucune cause objective alors qu'il n'existe pas de tensions comparables (mécontentement, grèves, absentéisme) dans les hôpitaux privés (fondations, mutualistes), ni dans les cliniques privées, ni à l'étranger.

L'hospitalisation dans son ensemble représente 50 % des dépenses de santé soit plus de 60 milliards dans le PLFSS 2006. Sur ces 60 milliards d'euros, 50 sont consommés par l'hôpital public et 10 environ par l'hospitalisation privée alors que les cliniques font aujourd'hui 50 % des actes hospitaliers pour des tarifs 40 % moins chers que l'hôpital. En Suède, en Allemagne, les chaînes de cliniques ou les cliniques sont amenées sur appels d'offre à participer à la réforme des hôpitaux publics et même des CHU. Chez tous nos voisins européens, les hôpitaux privés se révèlent moins chers et plus efficaces que les hôpitaux publics. Il serait suicidaire pour les comptes de la sécurité sociale de vouloir réduire le nombre de patients soignés dans les cliniques et le nombre de cliniques dans l'espoir de remplir les hôpitaux qui se vident de leurs patients.

Sur ce point, la conférence de presse d'état des lieux précédant le rapport que vous avez tenue en décembre au ministère de la Santé nous a paru extrêmement préoccupante car assez négative au sujet des cliniques privées. La France a la chance de disposer de 3 types d'établissements (hôpitaux publics, hôpitaux privés, cliniques). La comparaison de leurs résultats permet de les évaluer, et leur émulation d'obtenir les meilleurs soins aux meilleurs coûts. Il s'impose de ne pas désespérer le secteur privé tout en réformant notre hôpital public. A l'iFRAP, nous avons réfléchi à ce qui serait transposable en France et nous proposons les réformes suivantes :

- Nous proposons une expérimentation de grande ampleur qui consisterait à confier, avec une délégation de service public et une charte de déontologie stricte, les hôpitaux publics d'une région soit à une chaîne d'hôpitaux mutualistes soit à une chaîne de cliniques comme cela se fait en ce moment au Royaume-Uni, Allemagne et comme cela s'est fait dès 2000 à Stockholm. La mission des gestionnaires serait de restructurer l'offre de soins publics avec des plateaux techniques performants et de reconverter les hôpitaux qui n'opèrent plus et sont devenus dangereux comme cela s'est fait depuis 1999 dans les cliniques privées dont 300 ont été fermées.
- Nous proposons d'expérimenter dans certains hôpitaux une « dérogation » au statut de la fonction publique hospitalière
- Par ailleurs, nous tenons à souligner l'urgence de clarifier et renforcer le rôle de la Direction de l'hôpital public. Cela suppose de recruter des managers et non plus des administrateurs et de leur laisser la liberté d'organisation de leurs établissements. C'est la « Révolution managériale » dont a parlé Nicolas Sarkozy à Bordeaux.
- Nous soulignons l'urgence d'appliquer vraiment (et non en « intrasectoriel ») en 2009 la T2A et la convergence des tarifs hôpitaux/hôpitaux et hôpitaux/cliniques, sans transferts artificiels des déficits vers les MIGAC
- Nous voudrions attirer votre attention sur la possibilité d'externaliser toutes les fonctions de support: restauration, blanchisserie, nettoyage, bâtiment, gardiennage, informatique, télécommunications...
- Nous proposons de publier sur un site dédié des indicateurs de qualité (plus complets et plus officiels que ne le font Le Point et L'Express) et un classement officiel des hôpitaux publics et privés par pathologie
- Nous vous demandons d'autoriser les établissements privés qui le souhaitent et en ont les capacités à assurer des Urgences et une partie de la formation des médecins et autres professionnels de santé

En rendant les hôpitaux publics performants et en rassurant les hôpitaux privés sur le fait qu'ils ne sont pas « indésirables en France », la qualité des soins suivra, la maîtrise des dépenses aussi.

Au-delà de la question de l'hôpital, se pose celle des différents rôles que joue actuellement l'Etat : régulateur, assureur/acheteur et producteur de soins. L'Etat peut-il continuer à être sur tous les fronts de la santé sans entretenir une certaine schizophrénie ? Ne conviendrait-il pas de réorganiser les responsabilités entre caisses, Etat et hôpitaux ? Pourquoi ne pas s'inspirer des Allemands qui ont mis en place un système de choix entre caisses publiques et privées ?

Nous vous remercions de nous avoir accordé du temps lors de cette audition et vous prions de bien vouloir recevoir, Monsieur le Ministre, l'expression de notre plus haute considération.

Philippe François
Responsable des études Santé

Agnès Verdier-Molinié
Vice-présidente de l'iFRAP