

PROPOSITIONS DU MDHP POUR L'HOPITAL PUBLIC

Le Mouvement de Défense de l'Hôpital Public (MDHP) est attentif aux annonces de la Ministre de la Santé de révision de la loi HPST et de réévaluation de la place de la T2A dans le financement des hôpitaux. Cette révision doit permettre de réaffirmer l'existence d'un Service public hospitalier comprenant les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif participant aux missions de service public (PSPH), et donc de remplacer la stupide et coûteuse concurrence généralisée actuelle par la complémentarité entre les établissements.

En conséquence, la convergence tarifaire (la politique du tarif unique) mise en œuvre depuis 2010 doit être supprimée et remplacée par une **politique tarifaire modulée**, prenant en compte différents paramètres : le statut des établissements, leur taille, leurs missions,.... Cette politique tarifaire modulée doit permettre de comparer ce qui est comparable.

Les modalités de financement des établissements de santé doivent également être revues pour être adaptées aux différentes activités médicales. La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement adapté aux activités programmées et plus ou moins standardisées (en particulier en chirurgie et en médecine interventionnelle), mais elle est inadaptée à l'urgence, aux soins palliatifs, à la psychiatrie, à la prise en charge des patients atteints de maladie chronique ou de maladie rare. **Le champ d'application de la T2A doit donc être revu.** Il faut mettre en place à côté de la T2A et de la ligne budgétaire spécifique pour le financement des médicaments et des dispositifs innovants et coûteux, des dotations globales modulables en fonction de l'activité jugée sur des critères simples limités. La réintroduction d'un financement par dotation globale pour les activités complexes, non ou mal standardisées, non programmées permettra de contenir les coûts tout en redonnant de la liberté aux professionnels pour assurer une prise en charge optimale des patients. Elle permettra de mettre fin à la logique productiviste et inflationniste aboutissant, in fine, à la diminution autoritaire et uniforme des tarifs qui deviennent ainsi de plus en plus dissociés des coûts réels. Il faudrait logiquement concevoir le financement plus selon une logique de parcours de soins prenant en compte leur continuité et non selon une logique de séjours et d'actes mais ceci suppose une refonte globale de notre système de santé.

De même, de nouvelles modalités de financement doivent être créées pour **encourager les prises en charge ambulatoires**, selon des modalités adaptées aux différentes pathologies. A côté de l'hospitalisation de jour, doivent être créées des hospitalisations de demi-journée ou des consultations longues pluri-disciplinaires et/ou pluri-professionnelles, ainsi que des forfaits spécifiques. Ainsi, des activités d'hospitalisation classique pourront être transférées vers la prise en charge ambulatoire plus adaptée.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière doit être un objectif prioritaire. Elle dépend de plusieurs paramètres :

1- la qualité des équipes soignantes, médicales et paramédicales formées et en nombre suffisant (des normes minimales devraient être établies et respectées pour chaque secteur d'activité comme cela existe en réanimation et en unités de soins intensifs). Les équipes doivent être stables et cohérentes. Les suppressions d'emplois soignants ont aggravé les conditions de travail, provoqué la souffrance au travail, accru l'absentéisme et dégradé la qualité des soins.

2- la coordination des soins entre l'ensemble des acteurs, à la fois entre la ville, l'hôpital, les soins de suite et/ou le retour à domicile, et au sein de l'hôpital entre les urgences, l'aval des urgences, et entre les différents services hospitaliers. Il faut pour cela créer des postes ou des fonctions de coordinateurs/régulateurs accessibles aux médecins traitants et des équipes mobiles spécialisées. Ces activités de coordination/régulation permettent d'améliorer la prise en charge des patients, d'éviter des hospitalisations inutiles et de réduire les durées de séjours. Elles devraient libérer des lits pour l'aval des urgences. La fongibilité des enveloppes devrait permettre de développer ces activités à coût constant.

L'évaluation de la qualité des soins doit avoir pour premier objectif son amélioration. Elle doit reposer essentiellement sur la description des activités, sur la satisfaction des usagers, sur les audits de pratique réalisés par les professionnels eux-mêmes et sur certains résultats ciblés portés à la connaissance des usagers (taux d'infections nosocomiales transmises, taux de réinterventions ou de réadmissions..), remplaçant l'empilement actuel d'évaluations procédurales bureaucratiques.

Le Président de la République s'est engagé à augmenter **l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM)** de 3 % contre 2.5% cette année. La promesse semble difficile à tenir. Toutefois, il paraît nécessaire de distinguer clairement un « ONDAM technique » calculé en prenant en compte un certain nombre de paramètres et de décisions indépendantes des hôpitaux (inflation, augmentation des salaires, coût des médicaments, ...) et un « ONDAM politique » voté par l'Assemblée Nationale exprimant les choix des représentants de la Nation à un moment donné.

La suppression de personnels hospitaliers indépendamment de tout projet médical ne doit plus être la variable d'ajustement des dépenses. **La régulation de l'ONDAM** ne doit plus se faire au détriment du financement des missions d'intérêt général (MIG) qui doit au contraire être considéré comme prioritaire. La régulation doit donc porter sur les dotations (hors MIG) et sur certains tarifs. Cette régulation sur les tarifs ne doit plus avoir lieu à l'échelle nationale ce qui pénalise les établissements et les praticiens appliquant le juste soin, mais par établissement et par type d'activités. Elle doit concerner prioritairement les activités caractérisées par une grande variabilité non médicalement justifiable (cholécystectomies, poses de pacemaker ou de stents, césariennes, endoscopies digestives...). Les Agences Régionales de Santé devraient donc fixer avec les professionnels et en concertation avec les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA), des objectifs contractuels par établissement (et pour des activités déterminées), selon le principe de la complémentarité et non de la concurrence. Ces objectifs doivent pouvoir être révisés en cours d'année en cas d'évolution des besoins ou de changement des thérapeutiques.

De même la maîtrise de l'ONDAM ne doit pas entraîner une remise en cause de « la prise en charge à 100% » des patients atteints d'**affections de longue durée (ALD)**. Au contraire l'hypertension artérielle sévère doit être réintroduite dans la liste des ALD. Cependant il est possible de redéfinir avec les professionnels et les associations de patients concernés , pathologie par pathologie , le contenu du panier de soin correspondant à cette prise en charge , selon le principe du « juste soin au juste coût » c'est-à-dire du coût le moins élevé pour un bénéfice comparable.

La performance des activités hospitalières doit selon nous reposer sur trois principes :

1- l'application de la règle éthique du « juste soin au juste coût ». En la matière les hôpitaux publics devraient avoir un comportement exemplaire, en particulier pour la prescription des génériques et des examens complémentaires.

2- l'évaluation comparative des pratiques visant à réduire les disparités importantes de prise en charge pour des patients comparables. Il appartient aux professionnels de mettre en place ces évaluations comparatives.

3- la réorganisation hospitalière supposant 1) une cohérence médicale de site 2) le plus souvent des investissements immobiliers sur fonds publics et non par partenariat public privé (bail emphytéotique) 3) si ce n'est une amélioration du moins une non dégradation de l'offre et de la qualité des soins pour la population.

La mission de santé publique de l'hôpital doit être réaffirmée avec des mesures favorisant le décloisonnement entre la ville et l'hôpital avec notamment mise en place, en concertation avec la médecine de ville, de consultations avancées quand il n'existe pas une prise en charge ambulatoire accessible financièrement et géographiquement

La gestion du système de santé, sous enveloppe contrainte, doit être organisée de façon décentralisée, selon un principe de subsidiarité pour laisser aux acteurs de terrain, médicaux et administratifs, leur pouvoir d'initiative, y compris dans l'organisation territoriale des soins.

Le MDHP insiste sur l'importance **d'un équilibre des pouvoirs au sein des hôpitaux**. L'hôpital repose sur des structures de soins au premier rang desquels les services, à côté des unités fonctionnelles et des départements et sur les équipes médicales et paramédicales qui les animent. La direction doit être assurée par le binôme constitué par le directeur administratif et le président de la CME dans le cadre d'une cogestion entre l'administration, les représentants des médecins et des personnels soignants non médicaux (dans les CHU, les représentants de la recherche et de l'enseignement). Les représentants des patients doivent être associés à l'élaboration du projet d'établissement et à l'évaluation de la qualité des soins. L'organisation de la décentralisation de la gestion en pôles administratifs ou médico-administratifs devrait relever de l'autonomie de décision des établissements. En cas de conflit la décision doit revenir à l'Agence Régionale de Santé.

En ce qui concerne **l'activité privée** au sein des hôpitaux publics, la position du MDHP est d'abord de faire respecter la loi, c'est-à-dire actuellement une limitation à 20 % (2 demi-journées) de l'ensemble de l'activité et l'égalité d'accès à des soins de qualité. Quand ces principes ne sont pas respectés, il appartient aux responsables des établissements, à ceux de l'ARS et si besoin au ministère, de diligenter des enquêtes et de prendre les décisions et sanctions qui s'imposent. Le débat sur le maintien ou la suppression de cette activité privée, renvoie à un débat plus général sur les rémunérations des professionnels de santé.

Pour le MDHP, la révision de la loi HPST suppose non seulement une concertation avec les professionnels et leurs représentants institutionnels et syndicaux, mais aussi avec les associations de patients, les élus locaux et plus généralement la population. Il demande donc au gouvernement d'organiser, au delà de la concertation annoncée, de véritables **Etats Généraux de la Santé** en définissant les thèmes de réflexion et en précisant pour chaque thème les questions posées. Ces Etats Généraux devraient conclure une période de plusieurs mois de débats décentralisés dans l'ensemble du pays et dans l'ensemble des établissements de santé faisant remonter les réponses, les expériences de terrain et les propositions. La mise en œuvre de ces Etats Généraux s'étalant sur une période d'un an et se concluant par une vote de l'assemblée nationale permettrait de faire vivre la démocratie sanitaire et de concrétiser la volonté de changement affirmée par le gouvernement.

Pour le Mouvement de défense de l'hôpital public :

Henri Agut Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Jean François Allilaire Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Jérémy Allary Médecin CHU Beaujon Clichy
Zahir Amoura Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Daniel Annequin Médecin CHU Trousseau Paris
Nina Arakelyan-Labouré Médecin CH Argenteuil
Elisabeth Aslangul Médecin CHU Hôtel-Dieu Paris
Patrick Assayag CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre
Patrick Aubourg Médecin CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre
Bernard Augereau Médecin CHU Pompidou Paris
Hugues Aumaître Médecin CH Perpignan
Philippe Babadjian Médecin CH Argenteuil
Zina Barrou Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Dr Sophie Barthier CHU Bécélère Clamart
André Baruchel Médecin CHU Robert Debré Paris
Olivier Bay Médecin CHU Clermont Ferrand
Jacques Belghiti Médecin CHU Beaujon Paris
Olivier Benvéniste Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Pr Olivier Bernard Médecin CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre
Caroline Besson Médecin CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre
Jacques Blacher Médecin CHU Hôtel Dieu Paris
Jacques Bodaert Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Bahram Bodaghi Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Catherine Boileau Médecin CHU Ambroise Paré Boulogne
Christian Boitard Médecin CHU Hôtel Dieu Paris
Pierre Bougnères Médecin CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre
François Bourdillon Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Bernard Bourgeois Médecin CHU Beaujon Clichy
Pierre Bourgeois Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Marie-Germaine Bousser Médecin CHU Lariboisière Paris
Ghislaine Brefort Médecin CHU Lariboisière Paris
Raphaël Briot Médecin CHU Grenoble
Francis Brunelle Médecin CHU Necker Paris
José Luis Caravias Médecin CH Argenteuil
Frédérique Carrié Médecin CH Béziers
Philippe Chanson Médecin CHU Kremlin Bicêtre
Olivier Chosidow Médecin CHU Mondor Créteil
Anne Clergeot Médecin CHU Besançon
Catherine Cordonnier Médecin CHU Henri Mondor Créteil
Béatrice Crickx Médecin CHU Bichat Paris
Sophie Crozier Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Nicolas Dantchev Médecin CHU Hôtel Dieu Paris
Nathalie De Castro Médecin CHU Saint Louis Paris
Christian de Gennes Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Loïc de Pontual Médecin CHU Jean Verdier Bondy
Didier Delefosse Médecin CHU Beaujon Clichy
Jean-Pascal Devailly Médecin CHU Bichat Paris
Bruno Devergie Médecin CH Creil
Jean-Charles Deybach Médecin CHU Louis Mourrier Colombes
Didier Dreyfuss Médecin CHU Louis Mourrier Colombes

Anne Dulioust Médecin Fresnes
Gille Edan Médecin CHU Rennes
Jean Noël Fabiani Médecin CHU Pompidou Paris
Alain Faye Médecin CHU Pompidou Paris
Patrick Fénichel Médecin CHU Nice
Hervé Fernandez Médecin CHU Kremlin Bicêtre
Alain Fischer Médecin CHU Necker Paris
Jean Noël Fiessinger Médecin CHU Pompidou Paris
Hervé Fleury Médecin CHU Bordeaux
Irène Frachon Médecin CHU Brest
René Frydman Médecin CHU Antoine Béclère Clamart
Claire Galambrun Médecin CHU La Timone Marseille
Noël Garabédian Médecin CHU Necker Paris
Alain Gaudric Médecin CHU Lariboisière Paris
Tobias Gauss Médecin CHU Beaujon Clichy
Anne Gervais Médecin CHU Bichat Paris
Jacques Gilquin Médecin CHU Necker Paris
Pierre-Marie Girard Médecin CHU Saint-Antoine Paris
Anne Gompel Médecin CHU Hôtel-Dieu Paris
Cécile Goujard Médecin CHU Bicêtre Kremlin-Bicêtre
François Goujard Médecin CH Avranches
Bernard Granger Médecin CHU Cochin Paris
André Grimaldi Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Jean Pierre Grünfeld Médecin CHU Necker Paris
Christian Guy-Coichard Médecin CHU Saint Antoine Paris
Corinne Haioun Médecin CHU Mondor Créteil
Sophie Hamada Médecin CHU Beaujon Clichy
Didier Hannequin Médecin CHU Rouen
Julien Haroche Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Pierre Hausfater Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Jean Pierre Haulot Médecin CH Tulle
Agnès Hartemann Médecin CHU Pitié Salpêtrière
Olivier Hermine Médecin CHU Necker Paris
Khé Hoang-Xuan Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Paul Jacquin CHU Robert Debré Paris
Christophe Jedrecy Médecin CH Sud Essonne
Tania Kharitonoff Médecin CH Dax
Philippe Labrune Médecin CHU Béclère Clamart
Matthieu Lafaurie Médecin CHU Saint Louis Paris
Christophe Lançon Médecin CHU Marseille
Etienne Larger Médecin CHU Hôtel Dieu Paris
Joëlle Laugier Médecin CH Delafontaine Saint Denis
Eric Le Bihan Médecin ;CHU Beaujon Clichy
Véronique Leblond Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Philippe Lebras Médecin CHU Bicêtre Kremlin-Bicêtre
Jean Pierre Lépine Médecin CHU Fernand Widal Paris
Michel Leporrier Médecin CHU Caen
Elisabeth Macintyre Médecin CHU Necker Paris
Jean Paul Marie Médecin CHU Rouen
Xavier Mariette Médecin CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre

Vincent Maunoury Médecin CHU Lille
Jean Philippe Metzger Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Mauricette Michalet Médecin CHU Lyon
Noël Milpied Médecin CHU Bordeaux
Jean Louis Misset Médecin CHU Saint Louis Paris
Philippe Moulin Médecin CHU Lyon
Jean Naudin Médecin CHU APHM Marseille
Marie Neiss Médecin CHU Paul Brousse Villejuif
Patrick Niaudet Médecin CHU Necker Paris
Walid Nouioua Médecin CHU Cochin
Bernard Odier Médecin Polyclinique René Angelergues Paris
Alex Pariente Médecin CH Pau
Sebastian Pease Médecin CHU Beaujon. Paris
Julie Peltier Médecin CHU Tenon Paris
Alfred Penformis Médecin CHU Besançon
Christian Perronne Médecin CHU Raymond Poincaré Garches
Georges Picherot Médecin CHU Nantes
Frédéric Pierru Sociologue CNRS Paris
Jean François Pinel Médecin CHU Rennes
Stanislas Pol Médecin CHU Cochin Paris
Marc Popelier Médecin CH Rambouillet
Claire Pouteil-Noble Médecin CHU Lyon
Pierre François Pradat Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Dominique Pringuey Médecin CHU Nice
Sylvie Raspaud Pharmacienne CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre
Christian Richard Médecin CHU Kremlin Bicêtre
Jean-Jacques Robert Médecin CHU Necker Paris
Carole Rosenberg Médecin CH Argenteuil
Hervé Rubie Médecin CHU Toulouse
José-Alain Sahel Médecin XV XX Paris
Marc Sanson Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Laurent Sedel Médecin CHU Lariboisière Paris
Dr Dominique Seret-Bégué Médecin CH Gonesse
Michèle Léa Sigal Médecin CH Argenteuil
Nicole Smolski Médecin CHU Lyon
Alain Sobel Médecin CHU Mondor Créteil
Laurent Sutton Médecin CH Argenteuil
Marc Tardieu Médecin CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre
José Timsit Médecin CHU Cochin Paris
Philippe Touraine Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Christophe Trivalle Médecin CHU Paul Brousse Villejuif
Jean-Christophe Vaillant Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Dominique Valla Médecin CHU Beaujon Clichy
Radu Ioan Vanica Médecin CH Argenteuil
Jean-Pierre Vannier Médecin CHU Rouen
Jean Paul Vernant Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Marc Verny Médecin CHU Pitié Salpêtrière Paris
Bernard Viaettes Médecin CHU La Timone Marseille
Éric Vibert Médecin CHU Bicêtre Le Kremlin Bicêtre
Dominique Vincenzi Cadre de Santé CHU Cochin Paris

Pierre Wolkenstein Médecin CHU Mondor Créteil
Jean Marc Zini Médecin CHU Saint Louis Paris