

Le scandale des

Exclusif. *Le Point* révèle un audit interdit. Résultat : 24 milliards d'euros de dette et une situation explosive.

PAR FRANÇOIS MALVE ET JÉRÔME VINCENT

C'est un sujet qui a été passé sous silence pendant toute la campagne présidentielle : celui des dépenses de santé et, en particulier, de la situation financière des hôpitaux. Aucun des candidats n'a, par exemple, évoqué la dette des 1 266 établissements de soins de court séjour, qui culminait à 23,6 milliards d'euros en 2010 (*voir graphique ci-contre*). Leur déficit ? Sur 603 hôpitaux, 43 % (262) affichaient la même année des comptes négatifs représentant au total une ardoise de 637 millions d'euros. Enfin, le tiers d'entre eux (210), depuis un décret publié en décembre 2011 « relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt », ne peut plus s'adresser à une banque sans avoir l'autorisation de l'Agence régionale de santé (ARS). Toutes ces informations inédites sont issues de la base de données HospiDiag que *Le Point* a obtenue de haute lutte auprès de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) après une saisine et un avis favorable de la Commission d'accès aux documents administratifs.

Cette mine d'informations permet de passer au scanner l'ensem-

Haute surveillance

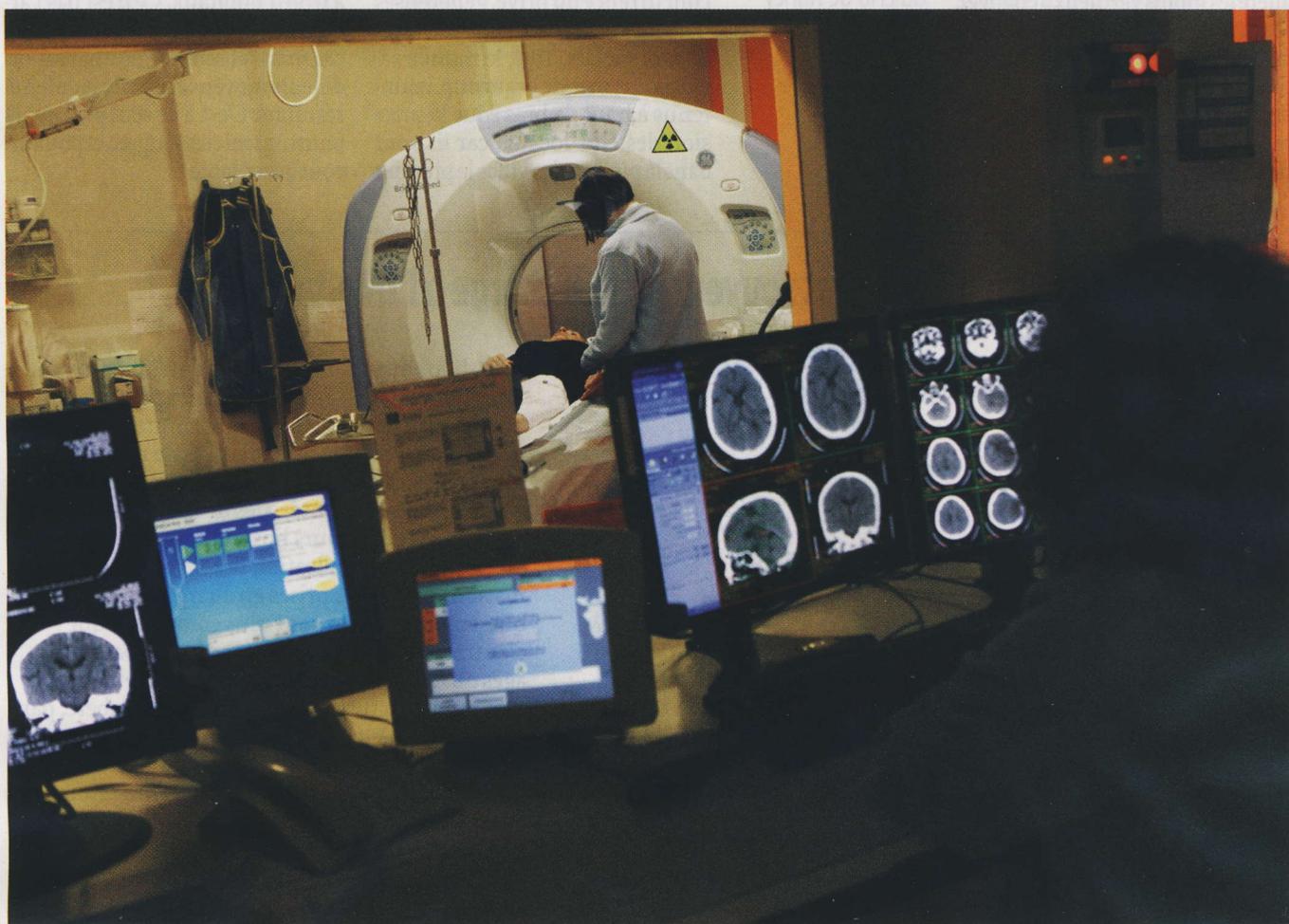
HospiDiag est l'agrégation des 12 bases de données existantes sur l'hôpital et les cliniques. Créée en 2010 par l'Agence nationale d'appui à la performance, mise en place dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), elle a pour but d'« aider les établissements de santé à améliorer le service rendu aux patients ». Cinq chapitres (finances, activité, ressources humaines, organisation, qualité) y sont divisés en 68 indicateurs médico-économiques.



ble des établissements de soins et de dresser le diagnostic économique de chacun d'entre eux. Ces résultats, pour nombre d'hôpitaux, ont de quoi inquiéter. « On peut craindre de vrais sinistres à court ou à moyen terme », prévenait d'ailleurs la Cour des comptes en 2010 dans son rapport sur leur situation financière. « Quasi-insolvabilité », « situation financière extrêmement dégradée », « désastreuse », « préoccupante », autant de formules qui reviennent tout au long de l'enquête menée par les magistrats auprès d'un échantillon de 85 hôpitaux publics. Conséquence : « Quelques établissements sont arrivés à des situations d'extrême tension qui se traduisent (...) par des retards de paiement des fournisseurs et des charges sociales, voire des incertitudes sur le paiement des salaires, comme à Bastia. L'hôpital de Poissy-Saint-Germain a dû emprunter pour payer ces derniers. » Du jamais-vu.

Le débat n'est pas qu'économique. Comme le remarque Philippe Vigouroux, directeur général du Centre hospitalier universitaire de Nancy, « il y a un lien direct entre le résultat financier d'un hôpital et la qualité des soins. Un établissement très bien organisé où tout a été pensé dans le détail, du bloc opératoire au lit d'hospitalisation, est un hôpital où les patients sont bien soignés, où le personnel prend du plaisir à travailler et où on ne dépense pas un centime de trop. » HospiDiag permet aussi de régler un vieux débat, devenu un lourd contentieux au fil des ans entre établissements publics et privés : « Il est choquant de dire que les cliniques privées ne prennent pas en charge les mêmes patients et n'effectuent pas les mêmes missions que les hôpitaux publics », déclarait à nouveau, le 23 mai, Lamine Gharbi, président du syndicat MCO de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP-MCO), en réaction au

hôpitaux



REPORTAGE PHOTO LOUISE OLIGNY POUR «LE POINT»

premier discours de la ministre de la Santé, Marisol Touraine, arrêtant le processus de convergence tarifaire entre hôpitaux et cliniques. C'est pourtant vrai : sur le 1,2 million de patients les plus graves hospitalisés en 2010, seulement 16 % l'ont été dans des cliniques (voir encadré page suivante). C'est malheureusement la seule information exploitable d'HospiDiag

concernant les établissements privés, la qualité du recueil des données auprès d'elles étant, à ce jour, encore assez médiocre.

Autisme politique. En isolant les hôpitaux les plus mal en point, il est possible de mieux cerner les raisons de leur situation financière désastreuse. A partir des 68 indicateurs médico-économiques d'Hos-

Au ralenti. L'hôpital d'Arles figure à la 30^e place des établissements les moins productifs en chirurgie.

piDiag, quatre chapitres ont été retenus, et les chiffres des établissements qui doivent se réformer de toute urgence sont publiés ici pour la première fois : les dépenses de personnel trop élevées, le poids des frais de gestion administrative, la sous-activité, notamment en chirurgie, ainsi que le délai mis par les établissements à recouvrer leurs créances auprès des ■■■

■■■ mutuelles ou des patients, signe d'une évidente désorganisation. Pour certains, depuis de longues années, dans tous ces domaines, les indicateurs sont au rouge, mais la situation s'est brutalement aggravée avec l'introduction de la tarification à l'activité en 2004, employée dans la plupart des pays occidentaux. Jusqu'à cette date, tous les établissements percevaient une dotation globale, c'est-à-dire la même enveloppe financière chaque année, quelle que soit leur activité. Un système qui n'encourageait guère les moins vertueux à changer. Mais, avec ce nouveau mode de financement, affectant à chaque pathologie ou intervention un tarif donné, nombre d'hôpitaux se sont retrouvés confrontés à leur situation réelle.

« Il y a un lien direct entre le résultat financier d'un hôpital et la qualité des soins. »

Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Nancy

Pourtant, le couperet n'est pas tombé brutalement. Des coefficients correcteurs pour adoucir ce douloureux changement de culture aux enveloppes financières versées en raison des missions spécifiques de l'hôpital, la transition aurait pu se faire sans trop de dégâts. Mais voilà, bon nombre d'établissements ont cru que jamais l'hôpital public n'aurait de comptes à rendre. Et tout a continué comme avant : gaspillages, faible productivité, comptes mensongers, absence de prise en compte de la concurrence du privé, généreuses politiques salariales pour acheter la paix sociale. Tout le monde savait pourtant que beaucoup, maintenus à bout de bras sous la pression des élus locaux, car ils sont dans la plupart des villes le premier

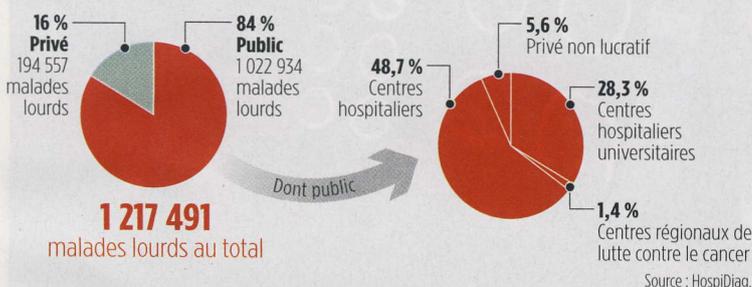
employeur local, n'avaient plus qu'une activité confidentielle. Pour ne rien arranger, l'Etat, avec le plan Hôpital 2007, a lancé les hôpitaux dans des investissements indispensables mais qu'il n'avait plus les moyens de financer. Il a alors ouvert grand la porte des banques aux établissements, qui sont entrés dans la spirale de l'endettement.

Que faire ? D'abord sortir de cet autisme politique et dire la vérité aux Français : les résultats sanitaires de la France sont moyens au regard des autres pays comparables et il y a trop d'hôpitaux. Ce n'est pas l'argent qui manque ni les compétences, mais l'absence de mutualisation de leurs moyens et l'analyse de leurs résultats. C'est à ce seul prix qu'ils pourront mieux soigner, et pour un coût acceptable ■

Les cas difficiles plus souvent pris en charge à l'hôpital public

Le match public/privé

Répartition de la prise en charge des malades lourds en 2010



• Les hôpitaux publics et apparentés (centres anticancéreux, hôpitaux militaires et privés à but non lucratif, telles les structures mutualistes) prennent en charge cinq fois plus de malades lourds que les cliniques privées à but commercial. Ces données sont issues de la base nationale de données des séjours hospitaliers, le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information). Certaines prises en charge par un établissement de soins sont plus complexes que d'autres. C'est le cas, par exemple, des patients âgés ou des patients souffrant de plusieurs maladies (un infarctus myocardique et un diabète, par exemple) ou de polytraumatismes, des patients développant des complications lors de leur hospitalisation (infection, par exemple) ou séjournant plus longtemps que la normale (brûlures, troubles mentaux...). Ces séjours sont dits de niveaux de sévérité 3 et 4, par rapport aux séjours simples, de niveaux 1 et 2. Il y a eu plus de 1,2 million de prises en charge difficiles en 2010 en France, plus de 1 million dans le secteur public, moins de 200 000 dans le secteur privé.

• Le système hospitalier français est coûteux – chaque habitant dépense pour l'hôpital 410 euros de plus que son voisin allemand –, car il est abondant : la France compte des centaines d'hôpitaux et de cliniques de plus qu'outre-Rhin, et le personnel hospitalier est plus nombreux. Les établissements français sont donc plus petits et ils comptent un tiers de personnel en plus par lit.

Les dépenses hospitalières

	France	Allemagne
En % du budget total de la santé	35 %	24 %
Montant total	79,1 milliards d'euros	67,2 milliards d'euros
Montant par habitant	1 229 euros	819 euros

Les moyens hospitaliers

	France	Allemagne
Nombre d'établissements (publics, privés à but lucratif, privés à but non lucratif)	42,7 par million d'habitants	25,4 par million d'habitants
Effectif du personnel hospitalier pour 100 000 habitants	1 608	1 338
Nombre de lits pour 100 000 habitants	6,6	8,2
Nombre de lits par hôpital	154	323
Effectif du personnel hospitalier par lit	2,44	1,63

Sources : Institut Thomas More, mars 2012, d'après des données Eurostat, OCDE, OMS, 2009.



« Redresseurs ». Le directeur général et son adjointe, Philippe Vigouroux et Geneviève Lefebvre, arrivés en 2008, ont fait face à « une situation financière profondément dégradée ».

Comment le CHU de Nancy en était-il arrivé là? Un manque de rigueur, bien sûr, et surtout une absence complète d'anticipation. Alors que la démographie régionale s'affaiblit ou stagne depuis plusieurs années et que la concurrence des cliniques privées s'exacerbe, deux causes conduisant à une baisse inévitable de la fréquentation de l'hôpital, les directions, les instances et les tutelles qui se succèdent à la fin des années 90 et au début des années 2000 décident une fuite en avant. Elles augmentent le nombre de médecins, de chirurgiens, d'anesthésistes et lancent de nouveaux projets immobiliers. Souffrant déjà d'une dispersion sur plusieurs sites en centre-ville et en périphérie, au fil des années, les laboratoires d'analyse, les pharmacies, les blocs opératoires et les stérilisations se multiplient. Le nombre total de salles d'intervention culmine en 2008 à 77, réparties sur un nombre très important de sites: pas moins de 18! Et ces blocs souffrent « de taux d'occupation médiocre » ainsi que « d'une mauvaise organisation collective du travail, générant des surcoûts importants ». L'établissement hospitalier investit massivement et emprunte au moment précis où les recettes diminuent

Opération sauvetage à Nancy

Rigueur. La nouvelle direction a sauvé le CHU de la faillite. Mais sortir du gouffre n'est pas si simple.

rain, plus gros employeur de la région avec 8 000 salariés, doté d'un budget de 633 millions d'euros en 2008, fait alors face à une situation financière « désastreuse ». « Le déficit d'exploitation a chuté dans des proportions inquiétantes, atteignant 21 millions d'euros en 2006, 19 millions en 2007 et 32 millions en 2008. La capacité d'autofinancement dégagée par l'activité de l'établissement est aujourd'hui insuffisante pour couvrir le remboursement du capital des emprunts. Aussi le CHU de Nancy a-t-il dû recourir aux établissements bancaires pour assurer le remboursement de sa dette, mais, également, pour couvrir une partie de ses dépenses. » Fermez le ban.

En perdition il y a quatre ans, le CHU de Nancy lutte aujourd'hui pour se sortir d'affaire. Dans leurs bureaux charmants et surannés de l'hôpital central, les deux « redresseurs », Philippe Vigouroux et Geneviève Lefebvre, le directeur général et son adjointe, s'avouent stressés. « Quand nous sommes arrivés, en 2008, l'établissement était en faillite, aurait-on dit dans le privé. » Ils héritent d'une situation « dramatique », comme l'écrit la chambre régionale des comptes dans un rapport d'une rare cruauté. Le mastodonte lor-

Et il y a ce que pudiquement les magistrats n'écrivent pas : des repas servis gratuitement à certains employés, du coulage dans un self-service qui vaudra à trois indélicats des poursuites pénales, des prestations à d'autres hôpitaux non facturées. La mauvaise gestion côtoyait la malhonnêteté.



Elle s'engagea à ce que chaque Français puisse vivre à moins de 30 km d'un désert médical.

et les dépenses augmentent. 2008 est une année critique, le CHU de Nancy fait appel aux pompiers.

«L'hôpital était au fond du trou national», se souvient Philippe Vigouroux. Le diagnostic est évident : mauvaise organisation, surcapacité. Les remèdes n'ont rien d'original. Les uns sont symboliques, le directeur général choisit la petite Renault Scénic de fonction plutôt que la grosse Vel Satis. Les autres, en revanche, font grincer des dents : fermeture de sites et de lits, suppression de 400 postes, réorganisation tous azimuts afin d'aboutir à 43 salles d'intervention, 2 pharmacies, 2 stérilisations et 1 cuisine centrale, augmentation du tarif des chambres individuelles... « Mais nous ne sommes pas des cost-killers, se défendent les deux fonctionnaires. Notre objectif, c'est de remettre le bateau à l'équilibre. »

Optimistes. Philippe Vigouroux et Geneviève Lefebvre n'en sont pas très loin, ayant divisé le déficit d'exploitation quasi par trois (12 millions d'euros en 2011). « Nous sommes sûrs d'y arriver, en arrêtant de surdépenser. Les gens ici sont solides, bosseurs, honnêtes. On peut faire des économies sans baisser la qualité des soins », plaident-ils sans arrêt. Et de prendre en exemple deux médicaments, utilisés quotidiennement en hématologie et contre la douleur : quelques centaines de milliers d'euros ont été économisés en passant de la voie d'administration intraveineuse à la voie orale, avec une efficacité identique. « Mais nous ne sommes pas au bout du tunnel », concèdent-ils. Effectivement, si la rigueur permet en quelques années d'arrêter l'hémorragie, elle n'efface pas la dette : de 218 millions d'euros en 2008, elle a gonflé à 300 millions en 2011 ■

Fiche technique

Encours de la dette : somme des emprunts obligataires + emprunts auprès des établissements de crédit + emprunts et dettes financières diverses, année 2010, Hospi Diag 2012 (et pour l'AP-HP, Fitch Ratings).

Les 100 hôpitaux les plus endettés

Rang	Etablissement	Encours de la dette en 2010 (en millions d'euros)
1 ^{er}	Assist. publique-Hôp. Paris	2 194,4
2 ^e	Hospices civils, Lyon	931
3 ^e	Assist. publique-Hôp. Marseille	795,9
4 ^e	CHU, Grenoble	393
5 ^e	CHU, Dijon	350,4
6 ^e	CHU, Clermont-Ferrand	336,4
7 ^e	CHU, Nancy	301,6
8 ^e	CHU, Saint-Etienne	301
9 ^e	Hôp. Universitaires, Strasbourg	281,5
10 ^e	CHU, Amiens	277,5
11 ^e	CHU, Nantes	264,8
12 ^e	CHR, Metz-Thionville	247,2
13 ^e	CHU, Tours	209,6
14 ^e	CHU, Lille	196,6
15 ^e	CHU, Besançon	193,2
16 ^e	Hôp. Ambroise-Paré, Marseille	193
17 ^e	CHU, Fort-de-France	181,8
18 ^e	CHI, Toulon-La Seyne	177,9
19 ^e	CHU, Reims	176,8
20 ^e	CHU, Rennes	170
21 ^e	CHU, Nice	169,9
22 ^e	CH, Chalon-sur-Saône	165,7
23 ^e	CHU, Montpellier	160,3
24 ^e	CHU, Toulouse	158,6
25 ^e	CH, Arras	157,9
26 ^e	CH, Valenciennes	152,7
27 ^e	CH, Bayonne	150,3
28 ^e	CHU, Bordeaux	148,8
29 ^e	CH, Annecy	145,3
30 ^e	CH, Saint-Denis, La Réunion	144,6
31 ^e	CHU, Rouen	143,9
32 ^e	CHI, Evreux/Vernon	140,1
33 ^e	CH, Le Havre	137,7
34 ^e	CHU, Caen	136,4
35 ^e	CH, Roanne	132,9
36 ^e	CH, Alès	131,8
37 ^e	CHU, Angers	122
38 ^e	CHI, Vesoul	121,5
39 ^e	CHU, Pointe-à-Pitre	118,9
40 ^e	CH, Calais	115,8
41 ^e	CH, Saint-Quentin	115,7
42 ^e	CH, Cannes	115,6
43 ^e	CH, Perpignan	112,9
44 ^e	CHR, Orléans	111,4
45 ^e	CH, Le Mans	109,1
46 ^e	CH Bretagne Sud, Lorient	106,7
47 ^e	CHI, Belfort-Montbéliard	105,8
48 ^e	CHI, Poissy-Saint-Germain	105,6
49 ^e	CH, Lagny-sur-Marne	105,3
50 ^e	CH, Douai	104,3

Rang	Etablissement	Encours de la dette en 2010 (en millions d'euros)
51 ^e	Institut Gustave-Roussy, Villejuif	100,4
52 ^e	CH, Rodez	98,5
53 ^e	CH, Avignon	97,6
54 ^e	CH, Montluçon	96,6
55 ^e	CH, Lens	95,6
56 ^e	CH, Pontivy	94,3
57 ^e	CH, Sarreguemines	94,1
58 ^e	CH, Cambrai	91,7
59 ^e	CH, Valence	87,4
60 ^e	CHI, Montreuil	87,2
61 ^e	GH, Institut catholique, Lille	83,8
62 ^e	Hôpital Foch, Suresnes	82,4
63 ^e	CH, Saintes	81,8
64 ^e	CHI, Neuilly/Courbevoie	80,3
65 ^e	CH, Manosque	80,1
66 ^e	Institut mut. Montsouris, Paris	79,3
67 ^e	CHI, Villeneuve-Saint-Georges	78,3
68 ^e	CH, Pontoise	77,2
69 ^e	CHI, Créteil	75,2
70 ^e	CH, Périgueux	71,5
71 ^e	CH, Nanterre	70,5
72 ^e	CH, La Roche-sur-Yon	70,3
73 ^e	CH, Vannes	70,1
74 ^e	CHI de Cornouaille, Quimper	69,8
75 ^e	CHU, Nîmes	67,8
76 ^e	CH, Villefranche-sur-Saône	67,1
77 ^e	CH, Eaubonne-Montmorency	65,7
78 ^e	CH, Meaux	63,4
79 ^e	CH, Nevers	61,2
80 ^e	CH Saint-Joseph-Saint-Luc, Lyon	60
81 ^e	CH, Niort	59,9
82 ^e	CH, Colmar	59,6
83 ^e	CH, Senlis	59,3
84 ^e	CH, Blois	58,3
85 ^e	CH, Fécamp	57,9
86 ^e	CH, Saint-Dizier	56,5
87 ^e	CH, Rambouillet	56,4
88 ^e	CH de Bigorre, Tarbes	56,1
89 ^e	GH privé centre Alsace, Colmar	56
90 ^e	CH, Béthune	56
91 ^e	Hôpital mémorial, Saint-Lô	55,5
92 ^e	CH, Boulogne-sur-Mer	55,1
93 ^e	CH, Le Puy-en-Velay	55
94 ^e	GH Saint-Pierre, La Réunion	54,3
95 ^e	CH, Meulan	54,2
96 ^e	CH, Chambéry	53,9
97 ^e	CH, Lunéville	53,5
98 ^e	CH, Saint-Dié	53,1
99 ^e	CH, Rochefort-sur-Mer	53
100 ^e	CH, Aix-en-Provence	52,5

La facture des absurdités

Alerte. Le prix de la désorganisation, pour le contribuable comme pour le patient...

Dominique Dejean, ingénieur des Mines, a mené depuis le milieu des années 2000 plus de 85 immersions dans les blocs opératoires dans le cadre de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah).

Le Point: Qu'avez-vous observé?

Dominique Dejean: Une sous-utilisation générale et des surcapacités. Dans la plupart des cas, les blocs étaient ouverts tôt le matin, et jusqu'en milieu d'après-midi, et il n'y avait pas de corrélation entre les horaires de travail des chirurgiens et ceux des autres personnels. La durée pendant laquelle on installait, endormait, opérait, pansait les malades et nettoyait les salles était faible. De plus, très souvent, la discordance entre les bâtiments et les besoins nous frappait: j'ai vu un établissement avec 15 salles d'opérations neuves, dont la moitié étaient occupées par les équipes, et seulement une demi-journée.

C'est du gaspillage.

Le problème essentiel est celui de la coordination d'équipes qui ont des logiques de fonctionnement différentes. Les chirurgiens aiment



Intervention.

Le bloc de l'hôpital de Brignoles (Var) est sur la liste des salles d'intervention sous-utilisées (voir carte).

opérer, mais refusent, de façon quasi génétique, d'appliquer des procédures. Les anesthésistes ont une vision plus globale avant, pendant et après l'intervention, mais ce ne sont pas eux qui génèrent l'activité. Les 35 heures ont eu un effet déplorable sur les infirmières de bloc et les infirmières anesthésistes, dont les plannings horaires s'adaptent mal aux fluctuations d'une intervention chirurgicale. Il est rare qu'il y ait un coordinateur.

Quelles conséquences ont ces dysfonctionnements?

Côté surcapacité, une salle d'intervention neuve, c'est au bas mot 500 000 euros, sans les équipements. L'addition monte très vite. Côté désorganisation, outre les pertes de temps qui conduisent à une sous-utilisation et donc à une augmentation du prix de revient des interventions, des méfaits pour le patient peuvent survenir:

anesthésies inutiles parce que le chirurgien n'est pas dans l'hôpital et que l'anesthésiste n'a pas été prévenu, opérations reportées quand le matériel manque parce que sa disponibilité n'a pas été vérifiée, erreurs d'identité de malade ou d'intervention. C'est très rare, mais ça existe. Heureusement, les équipes pallient ce manque de rigueur par une dépense d'énergie et une tension folles.

Constatez-vous des progrès?

La Meah a produit des indicateurs pour mesurer la performance des blocs, admis par les professionnels, et un outil pour bien les dimensionner quand on les reconstruit. Il est maintenant utilisé quand il s'agit d'obtenir un financement. Mais on a encore du mal à mettre en place la tour de contrôle, la chefferie du bloc opératoire. C'est un profil rare. Le privé a très vite compris qu'il fallait optimiser le fonctionnement des blocs pour l'équilibre de ses comptes. Le secteur public met en œuvre les mêmes techniques. En appliquant des règles de base, avec une légère augmentation d'effectifs et une organisation stricte, le taux d'utilisation d'un bloc peut aisément passer de 50% à 75%, entraînant des gains chiffrables en millions d'euros. On apporte petit à petit la preuve qu'en regroupant des centres, mieux utilisés, mieux organisés, on peut diminuer le coût moyen des interventions et améliorer la sécurité ■

L'hôpital français soigne mieux le cancer que ses voisins européens, moins bien l'AVC

Lits d'hôpitaux/habitants: la France se situe dans la moyenne haute (8^e rang sur 25 pays).

Nombre de médecins/habitants: légèrement au-dessus de la moyenne (13^e sur 27).

Nombre d'infirmiers/habitants: dans la moyenne (9^e sur 25).

Nombre d'aides-soignants/habitants: plutôt élevé (4^e sur 19).

Équipement en imagerie médicale: faible (IRM: 17^e sur 26, scanners: 20^e sur 26).

Taux d'hospitalisation: dans la moyenne basse (11^e sur 26).

Nombre d'hospitalisations de jour/nombre d'hospitalisations complètes: la France a un des ratios les plus élevés (5^e sur 15).

Durée moyenne de séjour à

l'hôpital: plutôt faible (3^e sur 27).

Consommation de médicaments: au premier rang.

Poids des dépenses de santé/PIB: au premier rang (11,2%).

Dépenses de santé/habitant: 6^e rang (3 172 euros).

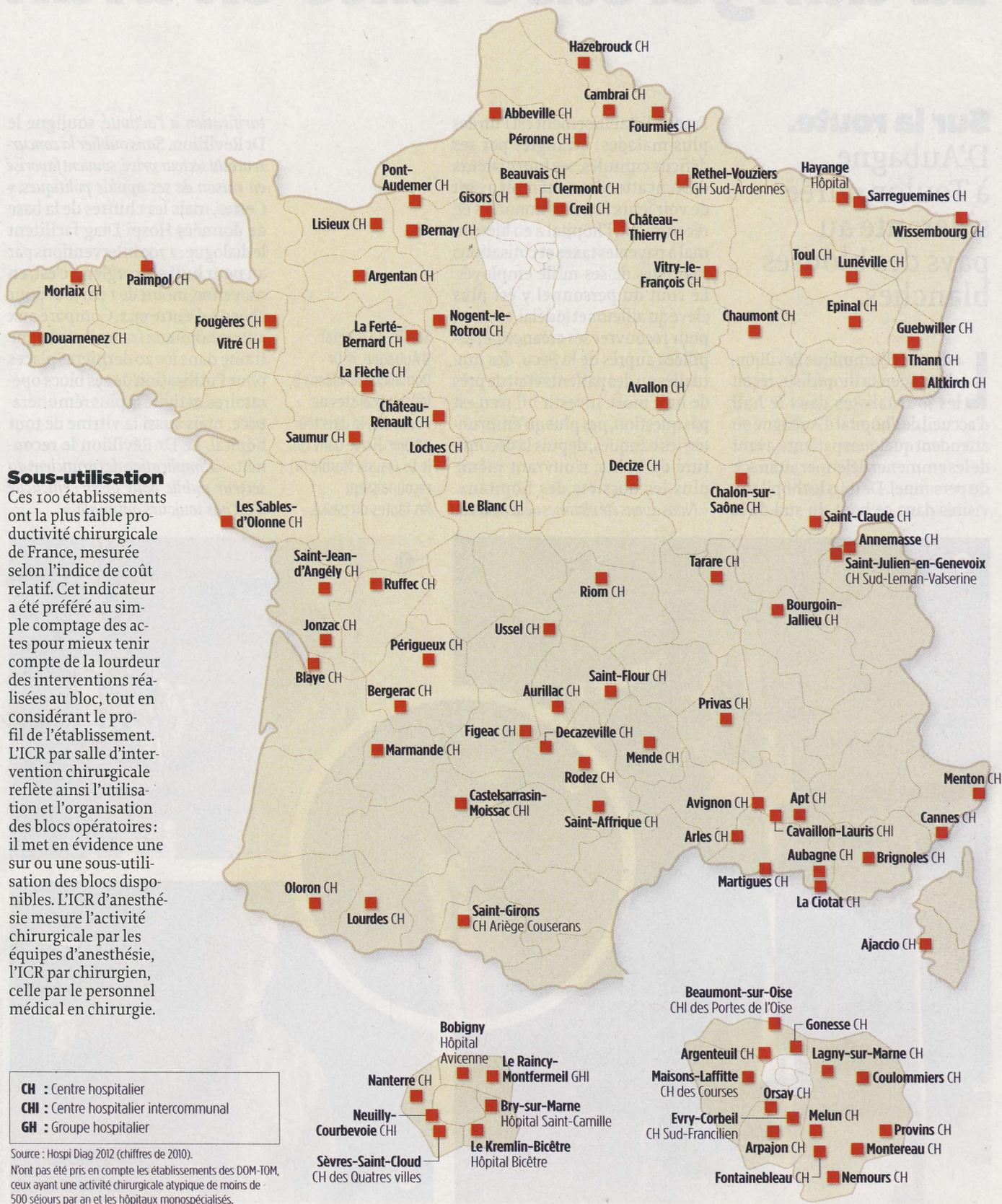
Survie à cinq ans après un cancer: premier rang pour les femmes, 8^e pour les hommes.

Mortalité à l'hôpital après un infarctus du myocarde: bonne note (2^e plus basse mortalité sur 15).

Mortalité à l'hôpital après un AVC: mauvaise note (10^e sur 15).

Sources: European Community Health Indicators, Haut Comité de la santé publique, mai 2012.

Les 100 blocs opératoires dans la ligne de mire



Sous-utilisation

Ces 100 établissements ont la plus faible productivité chirurgicale de France, mesurée selon l'indice de coût relatif. Cet indicateur a été préféré au simple comptage des actes pour mieux tenir compte de la lourdeur des interventions réalisées au bloc, tout en considérant le profil de l'établissement. L'ICR par salle d'intervention chirurgicale reflète ainsi l'utilisation et l'organisation des blocs opératoires: il met en évidence une sur ou une sous-utilisation des blocs disponibles. L'ICR d'anesthésie mesure l'activité chirurgicale par les équipes d'anesthésie, l'ICR par chirurgien, celle par le personnel médical en chirurgie.

La dangereuse fuite en avant

Sur la route.
D'Aubagne
à Toulon, virée
sidérante au
pays des blouses
blanches.

Le docteur Dominique Révillion, chirurgien-orthopédiste, reçoit les journalistes dans le hall d'accueil de l'hôpital d'Aubagne où attendent quelques patients, avant de les emmener déjeuner au snack du personnel. De tous les hôpitaux visités dans ce bout du sud de la

France, l'établissement est l'un des plus malades : étranglés par ses déficits cumulés, ses fournisseurs doivent attendre neuf mois avant de voir leurs factures honorées et, récemment, l'hôpital a eu bien du mal à payer les taxes et cotisations salariales de ses mille employés. Le coût du personnel y est plus élevé qu'ailleurs et le délai, en 2010, pour recouvrer ses créances, éparpillées auprès de la Sécu, des mutuelles ou des patients était de près de huit mois. Investir ? Il n'en est pas question, pas plus qu'emprunter, les banques, depuis la déconfiture de Dexia, n'ouvrant même plus les dossiers des hôpitaux. « Nous avons été victimes de la nouvelle

tarification à l'activité, souligne le Dr Révillion. Sans oublier la concurrence du secteur privé, souvent favorisé en raison de ses appuis politiques. » Certes, mais les chiffres de la base de données Hospi Diag facilitent le dialogue : 2 700 interventions par an pour huit chirurgiens, c'est, en moyenne, moins de 1 par jour pour chacun d'entre eux. Comparé aux autres hôpitaux français, Aubagne traîne dans les 20 dernières places pour l'utilisation de ses blocs opératoires, activité la plus rémunératrice, mais aussi la vitrine de tout hôpital. Le Dr Révillion le reconnaît : « L'implication des praticiens du secteur public pour viser l'efficacité n'est pas toujours optimale. »

Sursis. A l'hôpital d'Aubagne, le Dr Dominique Révillion (1), les syndicalistes de l'Unsa (2), le directeur adjoint, Hervé Dany (3), le Dr Claude Marblé (4) reconnaissent les fautes du passé.



PHOTOS LOUISE OLIGNY POUR LE POINT

des hôpitaux du Midi

Surtout, quelques-unes des vieilles histoires qui ont plombé l'hôpital remontent sans peine à la surface. Le Dr Claude Marblé, président de la commission médicale d'établissement (CME), qui a rejoint la discussion, raconte la démission collective de l'instance en raison des querelles entre anesthésistes et chirurgiens. Ils étaient incapables de débiter une intervention à l'heure dite, désorganisant le programme opératoire pourtant peu chargé. Le reste, on l'apprend des délégués syndicaux, qui ne pratiquent pas la langue de bois, comme si, au bord du gouffre, la parole se libérait.

Chirurgiens licenciés. La crise a culminé quand il a fallu, au terme de longues années, se débarrasser de trois chirurgiens incompetents ou carrément indécents, l'un consultant à l'hôpital mais pour mieux opérer ses patients dans les cliniques des environs. « *Un membre de ma famille est venu ici en toute confiance pour une intervention. Il n'a toujours pas compris pourquoi il s'était retrouvé dans une clinique* », dit l'un d'eux. Et la purge n'est pas finie. « *Avant la nouvelle tarification à l'activité, en chirurgie, ça travaillait doucement*, explique Jean Callou, de l'Unsa, principal syndicat de l'établissement. *Les blocs opératoires ne tournaient que le matin. Mais après, quand il aurait fallu mettre un coup de collier, certains chirurgiens ont carrément dit que la loi ne les obligeait en rien à opérer. Il faut dire que le statut de praticien hospitalier est très protecteur.* » Pas de quoi donner confiance dans une ville où tout se sait et d'où il est si facile de partir pour aller se faire soigner dans les grosses unités marseillaises ou encore à la clinique toute proche, La Casamance. Du coup, les médecins de la ville adressent peu de



Au ralenti. Le bloc opératoire d'Aubagne. Moins d'un acte par jour, en moyenne, pour chacun des huit chirurgiens.

patients à l'hôpital: « *Nous avons de multiples projets pour relancer l'établissement*, plaide Hervé Dany, directeur adjoint, *mais il faut bien reconnaître que les patients "votent avec leurs pieds": nous sommes dans un univers très concurrentiel. Ils ont l'embarras du choix.* » Il y a aussi d'autres écueils, comme l'absentéisme chronique – « *environ 28,5 jours en moyenne par an et par agent, résultat des mauvaises habitudes prises* », reconnaît-il. Car, si l'établissement s'est toujours montré généreux envers ses personnels, il n'a jamais tenu ses promesses de revenir à une gestion plus rigoureuse, condition mise par les différentes tutelles pour lui verser des aides afin de le maintenir à flot: « *Les divers plans n'ont pas été*

« Certains chirurgiens ont dit que la loi ne les obligeait en rien à opérer. Il faut dire que le statut de praticien hospitalier est très protecteur ».

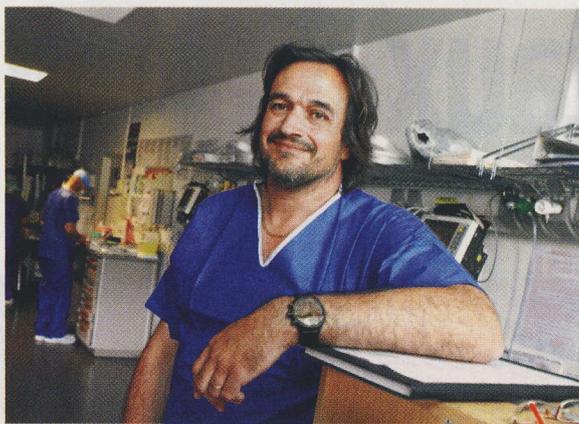
Jean Callou, de l'Unsa.

respectés et les dépenses de personnel ont continué de croître », notait ainsi la chambre régionale des comptes (CRC) en 2009. La pression actuelle de l'agence régionale de santé (ARS) suffira-t-elle pour remettre l'établissement au travail? A parcourir, en ce début d'après-midi, ses couloirs presque vides, on se dit qu'il y a encore des efforts à faire.

Trois quarts d'heure de route et l'on est à Brignoles, petite cité calme du haut Var, avec ses places bordées de platanes, son palais de justice fermé à la suite de la réforme de la carte judiciaire et son hôpital perché en haut de la ville. Un établissement plus petit que celui d'Aubagne mais, au vu des chiffres, à peu près dans le même état. « *L'hôpital de Brignoles connaît une situa-* ■■■

■■■ *tion financière extrêmement dégradée, écrivent les magistrats de la CRC. (...) L'établissement se trouve dans une situation de quasi-insolvabilité.* » Là aussi, l'ARS a agité la menace de la fermeture de la chirurgie, dans l'air depuis les années 90, mais elle s'est heurtée à un roc, le maire communiste, Claude Gilardo, président du conseil de surveillance du centre hospitalier, premier employeur de la ville: « *C'est mon hôpital et qu'on n'y touche pas!* » tonne-t-il avec son accent pagnol. *Quand j'ai vu le directeur de l'agence régionale, il m'a dit qu'il n'y avait plus d'argent. Mais je lui ai dit: "Retrouvez-le et portez plainte contre ceux qui l'ont volé!" Ici, près de 4 000 personnes ont défilé contre la fermeture, blouses blanches en tête, on ne peut pas ne pas en tenir compte.* » Des médecins soudés dans leur défense de l'établissement et qui ont quelques arguments: « *L'hôpital étant la seule structure de soins du haut Var, où iront les 800 femmes qui chaque année accouchent à la maternité?* » demande le Dr Julien Lécuyer, chirurgien et président de la CME. D'autant que, en raison de la hausse des prix de l'immobilier sur le littoral, la population se replie à l'intérieur des terres, provoquant une croissance démographique qui lui sera peut-être profitable.

Mais l'examen des chiffres de Hospi Diag livre un rude constat: les blocs opératoires tournent peu, le personnel, y compris administratif, coûte plus cher qu'ailleurs et l'endettement de l'hôpital le



A Brignoles aussi. Le Dr Julien Lécuyer, chirurgien au centre hospitalier Jean-Marcel, défend son établissement, le seul du Haut-Var.

place dans la catégorie des hôpitaux sous tutelle de l'ARS, incapables d'emprunter sans son autorisation. Après avoir décliné les efforts faits pour éviter que la sanction ne tombe, le Dr Marie-Pierre Preckel, anesthésiste, soupire: « *C'est lourd, de se battre comme ça. Je veux bien qu'on demande des sacrifices à des hôpitaux comme les nôtres qui, je pense, rendent de vrais services à la population. Mais, dans ce cas, allez voir ce qu'ils ont fait à Sainte-Musse.* » Sainte-Musse? On y va. Quarante-cinq minutes de route à nouveau et l'on est sur les hauteurs de Toulon, où se dresse le nouvel hôpital de la ville, un bâtiment pharaonique, éclatant de blancheur: 120 000 mètres carrés—l'équivalent de l'HEGP, à Paris—et un coût de 336 millions d'euros, alors que le centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne figure à la 18^e place des éta-



« **C'est mon hôpital et qu'on n'y touche pas!** » Claude Gilardo, maire communiste de Brignoles.

blissements les plus endettés, avec une ardoise de 178 millions d'euros. Plus étonnant, la maternité de La Seyne-sur-Mer—pourtant inaugurée au milieu des années 90—a été rayée de la carte. De ce qui fut la fierté de la cité il n'y a plus qu'un bâtiment abîmé voué à devenir un établissement gérontologique. « *C'est un formidable gâchis* », constate le maire de la ville, Marc Vuillemot. « *Il fallait rebâtir un nouvel hôpital, car celui de Font-Pré, vieux de 60 ans, ne répondait plus aux normes de sécurité*, explique Hubert Falco, le maire de Toulon. *Mais je n'ai pas voulu la fermeture de la maternité de La Seyne.* » Comment expliquer cette étrange opération? A l'agence régionale de santé, on clôt tout début de conversation en évoquant le devoir de « *réserve électorale* » en raison du scrutin des législatives.

Silence radio. A Arles, dernière étape, c'est également « *Hôpital silence* ». Personne n'accepte d'être cité. Mais il suffit d'une courte balade dans l'établissement pour constater que ce n'est pas une ruche, impression renforcée par son surdimensionnement, avec des couloirs larges comme des correspondances d'aéroport. « *Quand il a été bâti, dans les années 70, on pariait sur un fort développement de la zone d'activités.* » Raté. Résultat, ici on opère peu, l'établissement figurant à la 30^e place des hôpitaux les moins actifs en chirurgie: « *Il est peut-être préférable que certains chirurgiens n'opèrent pas trop* », s'entend-on répondre. L'établissement peine aussi à recouvrer ses créances et ses coûts de personnel sont élevés. Surtout, on y est fataliste: « *Dans un rayon de 45 kilomètres, les gens peuvent se faire soigner dans sept établissements publics, de l'hôpital de proximité au centre hospitalier universitaire. Sans oublier les établissements mutualistes ou les cliniques privées. Ils ont poussé comme des champignons.* "La carte des hôpitaux, disait Barre, c'est une carte électorale." » Rien n'a changé depuis trente ans. Pas étonnant que, ici comme ailleurs, les hôpitaux ne se portent pas très bien ■



Vous avez dit bizarre? A Toulon, des zones d'ombre demeurent quant à la fermeture de la maternité de La Seyne-sur-Mer (en ht, à g.) et à l'édification du pharaonique hôpital Sainte-Musse (120 000 m²).

Les recordmen des charges administratives

Rang	Etablissement	Frais généraux	Rang	Etablissement	Frais généraux	Rang	Etablissement	Frais généraux
1 ^{er}	GH, Rethel/Vouziers	38,1 %	18 ^e	CH, Chauny	28,8 %	35 ^e	GH Saint-Joseph, Paris	27 %
2 ^e	CH, Nanterre	37,5 %	18 ^e	CHI du Bassin de Thau, Sète	28,8 %	36 ^e	CH, Bourgoin-Jallieu	26,9 %
3 ^e	CH, Bayeux	36 %	20 ^e	CH, La Ciotat	28,7 %	36 ^e	CH, Falaise	26,9 %
4 ^e	CH, Gisors	34,2 %	21 ^e	CH, Montargis	28,5 %	36 ^e	CH, Châteaubriant	26,9 %
5 ^e	CH, Paimpol	32,9 %	22 ^e	CH, Lavelanet	28,2 %	39 ^e	CH, Bergerac	26,6 %
6 ^e	CH, Châteaudun	32,5 %	23 ^e	Mais. santé Bagatelle, Talence	28 %	39 ^e	CH, Thann	26,6 %
7 ^e	CH, Le Blanc	31 %	24 ^e	CH, Béziers	27,9 %	41 ^e	CH, Saint-Junien	26,5 %
8 ^e	CH, Decize	30,7 %	24 ^e	CH, Dunkerque	27,9 %	42 ^e	CH, Meaux	26,2 %
8 ^e	CH, Saint-Denis	30,7 %	26 ^e	CH, Tarare	27,8 %	43 ^e	CH, Blaye	26,1 %
10 ^e	CH, Lèches	30,3 %	27 ^e	CH, Neufchâteau	27,5 %	43 ^e	CH, Epervay	26,1 %
10 ^e	CH, L'Aigle	30,3 %	27 ^e	CH, Avallon	27,5 %	45 ^e	CH, Sedan	26 %
10 ^e	CH, Châtelleraut	30,3 %	29 ^e	CHI, Langon/La Réole	27,3 %	45 ^e	CH, Pontarlier	26 %
13 ^e	CHI, Beaumont-sur-Oise	30,1 %	29 ^e	Hôpital, Hayange	27,3 %	45 ^e	CH, Landerneau	26 %
14 ^e	CH, Montmorillon	29,3 %	29 ^e	CH, Brignoles	27,3 %	48 ^e	CH, Dinan	25,8 %
15 ^e	CH, Bernay	29,2 %	32 ^e	CH, Sarlat	27,2 %	48 ^e	CH, Evreux/Vernon	25,8 %
16 ^e	CH, Wissembourg	29,1 %	32 ^e	CH, Apt	27,2 %	50 ^e	CH, Lourdes	25,6 %
17 ^e	CH, Aubagne	29 %	34 ^e	CH, Vitry-le-François	27,1 %		MOYENNE FRANCE ENTIÈRE	24,5 %

Dépenses administratives : le poids des dépenses administratives, logistiques et techniques, y compris l'activité externalisée, rapporté au total des charges nettes de l'établissement, mesure le pourcentage des dépenses consacrées aux frais généraux de l'établissement, compte tenu de ce qui est sous-traité ou produit pour le compte d'autres structures. Les dépenses en système d'information sont comptabilisées dans cet indicateur. Année 2010, Hospi Diag 2012 (n'ont pas été pris en compte dans ce tableau les établissements des départements et territoires d'outre-mer, ceux ayant une activité chirurgicale atypique de moins de 500 séjours par an et les hôpitaux monospécialisés).

Personnel : les 50 hôpitaux les plus dépensiers

Rang	Etablissement	Personnel soignant	Rang	Etablissement	Personnel soignant
1 ^{er}	Clinique de Bonneveine, Marseille	75,1 %	27 ^e	GH privé centre Alsace, Colmar	60,2 %
2 ^e	CH, Freyming-Merlebach	68,8 %	27 ^e	CH, Brignoles	60,2 %
3 ^e	CH, Figeac	67,7 %	29 ^e	Hôp. N.-D.-P.-Secours, Levallois-Perret	59,8 %
4 ^e	CH, Paimpol	67 %	30 ^e	CH, Thann	59,7 %
5 ^e	CH, Decazeville	66,1 %	30 ^e	CH, La Ferté-Bernard	59,7 %
6 ^e	CH Ariège Couserans, Saint-Girons	63,9 %	32 ^e	CH, Aubagne	59,6 %
7 ^e	Hôpital Joseph-Ducuing, Toulouse	63,7 %	33 ^e	CH, Sarreguemines	59,5 %
8 ^e	CH, Bellevy	63,5 %	34 ^e	CH, Oyonnax	59,2 %
9 ^e	CH, Briançon	63,4 %	34 ^e	CH, Arpajon	59,2 %
10 ^e	Clin. mutualiste Jules-Verne, Nantes	63 %	36 ^e	CH, Saverne	59,1 %
11 ^e	Hôpital Saint-Joseph, Marseille	62,9 %	36 ^e	Hôtel-Dieu, Le Creusot	59,1 %
11 ^e	CH, Châteaudun	62,9 %	36 ^e	CH, Provins	59,1 %
13 ^e	CH, Forbach	62,8 %	39 ^e	CH, Saint-Denis	59 %
14 ^e	CH, Saint-Affrique	62,7 %	39 ^e	CH, Charleville-Mézières	59 %
15 ^e	CHI, Neuilly-Courbevoie	62,4 %	39 ^e	CH, Noyon	59 %
16 ^e	CH, Saint-Flour	61,9 %	42 ^e	CH, Alençon	58,9 %
16 ^e	CH, Vitry-le-François	61,9 %	43 ^e	Polyclinique Henri-Malartic, Ollioules	58,7 %
18 ^e	CH, La Ciotat	61,4 %	44 ^e	CH, Landerneau	58,6 %
18 ^e	CH, Sarrebourg	61,4 %	45 ^e	CH, Bernay	58,5 %
20 ^e	CH, Riom	60,9 %	45 ^e	CH, Guebwiller	58,5 %
21 ^e	CH, Millau	60,8 %	47 ^e	CH, Arles	58,4 %
22 ^e	CH, Chauny	60,7 %	47 ^e	CH, Auch	58,4 %
23 ^e	CH, Vitry	60,6 %	47 ^e	CH, Marmande	58,4 %
24 ^e	CH, Romorantin-Lanthenay	60,4 %	50 ^e	CH, Vesoul	58,3 %
24 ^e	CH, Fougères	60,4 %		MOYENNE FRANCE ENTIÈRE	48,4 %
24 ^e	CH, Le Blanc	60,4 %			

Les coûts des personnels soignants dans les cinquante hôpitaux les plus dispendieux représentent 58 à 75 % de leurs recettes, tandis qu'ils ne pèsent que 36 à 47 % dans les 50 hôpitaux les plus vertueux. Le poids des dépenses administratives, logistiques et techniques par rapport au total des charges de l'hôpital varie de 26 à 38 % dans les cinquante établissements les plus lourdement organisés, tandis qu'il est compris entre 3,5 % et 17 % dans les cinquante hôpitaux les plus légers en frais généraux.

Trop de personnel, ou trop généreusement payé, recours à l'intérim médical, autant de raison d'afficher des dépenses élevées par rapport à la moyenne. Le coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes, celui du personnel soignant non médical et celui du personnel médico-technique permettant de mesurer la performance de l'organisation médicale, paramédicale et médico-technique. Les plateaux médico-techniques recensent laboratoire, imagerie, radiothérapie, bloc opératoire, explorations fonctionnelles. Ils n'incluent pas les plateaux de rééducation. Année 2010, Hospi Diag 2012 (n'ont pas été pris en compte dans ce tableau les établissements des départements et territoires d'outre-mer, ceux ayant une activité chirurgicale atypique de moins de 500 séjours par an et les hôpitaux monospécialisés).

« On ne soigne pas mieux parce qu'on dépense plus »

Prescription. Pour Jean de Kervasdoué, il faut encourager la médecine de ville.

Le Point: Dans quel état se trouve notre système d'hospitalisation ?

Jean de Kervasdoué: La question des déficits hospitaliers est inquiétante. Surtout qu'il y a, je pense, un déficit caché. La crise financière du système de soins nous guette d'ici un an ou deux. En revanche, la dette hospitalière est tolérable: 24 milliards d'euros de dette sur une dépense hospitalière publique de plus de 70 milliards d'euros par an, ce n'est pas si inquiétant que cela, si c'est pour avoir financé des équipements qui vont servir à la génération future.

Tout va bien alors ?

Non, on ne peut pas dissocier l'hôpital de la médecine de ville. Le problème prépondérant aujourd'hui, c'est la ville et la médecine générale en particulier. Les jeunes médecins et les étudiants en médecine rejettent la médecine libérale, et particulièrement la médecine générale. Très peu s'installent. Et ils s'installent très tard. Si bien que l'hôpital est en train de devenir le médecin de famille des moins favorisés et des pauvres. Notre système pousse à l'hospitalisation. En Allemagne, on consulte plus en ville. S'ajoute à cela qu'il y a pléthore d'hôpitaux sur notre territoire et qu'ils sont globalement sous-productifs. De l'ordre de 25 % par rapport aux hôpitaux d'outre-Rhin.

Le système de santé français, c'est ce que j'appelle le choix du plus cher: l'hôpital plutôt que la ville, les médecins plutôt que les infirmières, les médecins spécialistes plutôt que les généralistes et des médicaments au-delà du nécessaire. Soulignons par ailleurs que les pratiques

cliniques ne sont pas contrôlées en France. Voilà l'essentiel.

Public et privé se font concurrence en France. L'un est-il plus vertueux ?

Ce que dit l'un de l'autre est exact. L'un est en surcapacité, c'est le public. L'autre surconsomme, c'est le privé.

Quelle est votre ordonnance ?

Globalement, nous avons quand même un bon système, avec de bons résultats, mais sa déliquescence est coûteuse et préoccupante. Il y a des médecins compétents à l'hôpital, des fonctionnaires honnêtes, un Samu, des urgences... Aujourd'hui, ce qui manque, c'est de la liberté. L'hôpital souffre d'une incontinence bureaucratique, d'une chape normative. La loi voulue par Nicolas Sarkozy

est surprenante: c'est une nationalisation de l'hôpital. Qui paie, qui gère, qui nomme ? Tout se passe en ligne directe entre l'Etat, les agences régionales de santé et les directeurs d'hôpital.

Il faut redonner de l'autonomie aux hôpitaux en leur octroyant une indépendance régionale et favoriser la prise en charge en ville. Les Français pensent, c'est culturel, que plus on dépense, mieux on soigne. C'est faux. L'espérance

de vie des Français est légèrement inférieure à celle des Italiens ou des Espagnols, nettement moindre que celle des Japonais, alors que leurs trois pays dépensent moins pour la santé que le nôtre. Au-delà d'environ 7,5 % du produit intérieur brut consacré à la santé, plus d'argent dans la médecine n'améliore pas nécessairement la santé de la population. La solidarité, ce n'est pas n'importe quoi. Il faut contrôler les pratiques cliniques et les juger sur les résultats, augmenter les revenus des médecins généralistes et favoriser leur intervention car c'est générateur d'économies, et simultanément faire zéro augmentation des dépenses hospitalières pendant quelques années pour rééquilibrer le système ■



Jean de Kervasdoué. Professeur et économiste de la santé au Conservatoire national des arts et métiers.



TOURNAIRE
PARIS

Collection Platine
Alchimie



PARIS - MONTBRISON - LYON

www.philippetournaire.com