

SUJET : RECHERCHE HOPITAL CHU FINANCES IGAS

Recherche clinique à l'hôpital: l'Igas pourrait recommander un financement par projet

PARIS, 21 octobre 2009 (APM) - Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales (Igas), a préconisé mercredi un financement par projet de la recherche clinique à l'hôpital, lors du colloque "les CHU: crise de vocation ou crise de confiance?" organisé à Paris.

Il a indiqué que le financement de la recherche faisait l'objet d'un travail de l'Igas qui n'est pas encore abouti et que ses propos n'engageaient donc que lui.

Le rapport devrait porter sur la recherche, l'enseignement et d'autres missions d'intérêt général (MIG). Il sera remis au gouvernement vendredi 30 octobre.

Malgré les déclarations politiques affirmant que la recherche constitue un investissement stratégique, elle est considérée comme un coût et une charge au niveau macro-économique et jugée pénalisante pour l'équilibre financier au niveau des établissements, a expliqué Pierre-Louis Bras.

"Aujourd'hui, les sommes dédiées à la recherche n'évoluent pas en fonction des opportunités de recherche" et des projets, alors que cela devrait être le cas s'il s'agissait d'un investissement stratégique, a-t-il souligné.

Les sommes consacrées à la recherche évoluent dans le cadre d'une enveloppe fixée en 1995, fondée sur des "estimations frustes" selon lesquelles le surcoût de 13% observé dans les CHU correspondrait à la recherche et à l'enseignement. Depuis les sommes n'évoluent plus, a-t-il déploré.

Actuellement, le financement de la recherche et de l'enseignement, à travers les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri), passe par un socle fixe (750 millions d'euros) qui dépend des salaires médicaux (20% ou 25%), des charges médico-techniques (15%) ou des charges générales (1%). Cette dotation est totalement indépendante de l'activité ou des résultats de recherche, a-t-il remarqué. Pour lui, il n'y a aucune raison que la recherche soit proportionnelle aux salaires des médecins de l'établissement.

Pierre-Louis Bras a évoqué aussi la dotation liée aux publications (565 millions d'euros), créée en 2008 et fondée sur le score Sigaps. Il a observé qu'elle constituait un "énorme progrès" mais qu'elle s'accompagnait néanmoins d'un retard d'au moins six ans entre l'engagement de la recherche et le financement. De plus, cette dotation n'est pas proportionnelle aux surcoûts générés.

"Ce n'est pas une bonne base" même si ça a permis l'émulation entre les équipes et de donner des financements aux structures qui font de la recherche, a-t-il ajouté.

Pierre-Louis Bras a rappelé que depuis 2009, le financement passait aussi par une dotation calculée à partir du nombre d'essais cliniques en cours et pondérée par plusieurs paramètres (nature des études, promoteur,... ; pour un total de 69 millions d'euros), mais que cette solution n'était pas non plus proportionnelle aux surcoûts générés.

Enfin, il a indiqué que 845 millions d'euros étaient financés par le biais de dotations Merri variables correspondant à des coûts spécifiques (médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU), actes hors nomenclature), des structures spécifiques, des structures de support ou des projets de recherche (75 millions avec le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)).

"Si un établissement développe son activité de soins, (...) il améliore sa rentabilité financière" mais s'il développe la recherche, il va "dégrader son équilibre financier", a remarqué l'inspecteur

de l'Igas.

FINANCER L'INTEGRALITE DES SURCOUTS

Pour lui, il n'existe aujourd'hui aucune incitation économique à investir au niveau de l'établissement et aucune garantie que l'argent consacré finance effectivement de la recherche.

Pour améliorer le système, il lui semble nécessaire de financer l'intégralité des surcoûts liés à la recherche et de "s'assurer que tous les financements recherche financent de la recherche". A cet effet, il a prôné mercredi la mise en place d'un "financement par projet", base d'un nouveau dispositif.

Parmi les inconvénients ou inquiétudes, il a cité l'instabilité des financements (en notant que les équipes étaient par ailleurs financées pour leur activité de soins), la lourdeur bureaucratique, la neutralité et l'impartialité du comité de sélection des projets et la capacité à estimer les surcoûts.

S'agissant de l'évaluation externe préalable des projets, il a suggéré pour garantir l'impartialité du comité, que sa composition soit régulièrement modifiée et que des personnalités étrangères y soient invitées. "Il y aura sûrement des garanties à donner", a-t-il observé.

En plus de ce financement par projet, Pierre-Louis Bras a déclaré qu'il faudrait conserver d'autres financements pour les structures spécifiques. Une partie de l'enveloppe recherche pourrait également être attribuée à des projets à la discrétion des établissements, ce qui leur laisserait de l'autonomie, a-t-il ajouté.

L'inspecteur de l'Igas a observé que le montant de l'enveloppe, constituée de projets pertinents, resterait une décision politique. Il lui semble important que l'enveloppe dévolue à la recherche clinique soit débattue au Parlement.

cb/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com

ABMJL001 21/10/2009 14:50 ACTU

SUJET : HOPITAL ILE-DE-FRANCE INVESTISSEMENT CHU URGENCES PSYCHIATRIE ARS

Ile-de-France: Jean-Paul Huchon proposera un plan de 1 milliard d'euros sur la santé publique

PARIS, 21 octobre 2009 (APM) - Le président de la Région Ile-de-France, Jean-Paul Huchon, a annoncé mercredi qu'il proposerait au Conseil régional un plan pluriannuel de 1 milliard d'euros consacré à la santé publique.

Il est intervenu lors du colloque "les CHU: crise de vocation ou crise de confiance?", organisé à Paris par les conférences hospitalo-universitaires, la chaire santé de Sciences Po et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

Désigné début octobre par les militants socialistes comme tête de liste pour les élections régionales de mars 2010, Jean-Paul Huchon a annoncé qu'il souhaitait un "engagement massif" de la Région dans la santé publique pour faire face à la "logique de désengagement financier" du gouvernement.

Il a pointé un endettement "accru" des hôpitaux lié aux plans de relance de l'investissement

hospitalier et un "sous-investissement massif" dans les hôpitaux franciliens, moins de 20% des dossiers présentés dans le cadre du plan Hôpital 2012 ayant été retenus.

"La Région ne peut pas accepter de rester inactive face au constat de vétusté de l'hôpital public en Ile-de-France", a souligné le président du Conseil régional, évoquant une "urgence sanitaire et sociale".

Il a donc déclaré avoir "l'ambition" de donner une nouvelle dimension à l'engagement régional en matière de santé et de "proposer au Conseil régional un plan de 1 milliard d'euros consacré à la santé publique" au cours des prochaines années.

Deux conditions doivent toutefois être remplies: que l'Etat ne supprime pas la clause de compétence de la Région en matière médicale et que les ressources du Conseil régional d'Ile-de-France restent les mêmes.

Avec ce plan, Jean-Paul Huchon espère remédier aux inégalités territoriales d'accès aux soins en encourageant une meilleure répartition des professionnels médicaux et en multipliant les efforts en matière notamment de centres de santé et de maisons médicales de garde (MMG).

Il souhaite répondre à la dégradation de l'état de santé des jeunes en difficulté ou exclus, accroître les financements de la Région pour améliorer les services d'urgence, continuer à soutenir "fortement" la recherche médicale et conduire une politique d'investissement "par exemple en équipements de pointe".

Le président du Conseil régional entend aussi "mettre l'accent sur une spécialité médicale abandonnée, déconsidérée et sous dotée depuis des années", la psychiatrie.

S'agissant de l'action actuelle de la Région dans le domaine de la santé, il a rappelé qu'elle portait sur "l'accentuation de la politique de prévention et l'amélioration de l'offre de soins". Cela passe notamment par le financement de centres d'accueil de jour et de consultation, de centres de planification et de contraception, des services d'urgence, les MMG, des centres de santé et maisons de santé pluridisciplinaires, des services de prise en charge psychothérapeutiques, le plan périnatalité (avec l'Etat) et la lutte contre le sida.

Il a indiqué que de 2004 à 2009, 22 projets coopératifs de recherche et développement avaient été soutenus par la Région, correspondant à près de 23,6 millions d'euros d'aides à des entreprises et des laboratoires de recherche du pôle. S'agissant de la recherche médicale, il a déclaré qu'elle avait bénéficié de 300 millions d'euros de la Région entre 2004 et 2009.

UN SIEGE A L'ARS

Pour que les actions du Conseil régional soient plus efficaces, Jean-Paul Huchon demande à siéger dans la nouvelle Agence régionale de santé (ARS), ce qui n'est pas prévu pour le moment dans les textes.

Il souhaite que le Conseil régional intervienne par ailleurs dans les décisions de constitution et d'implantation des futurs instituts hospitalo-universitaires (IHU) et dans celles concernant un éventuel second plan de relance qui contiendrait des investissements dans la santé.

cb/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com

CBMJL001 21/10/2009 19:36 ACTU

SUJET : HOPITAL CHU FINANCES ONDAM FHF

La notion de marge d'exploitation a fait débat au colloque sur les CHU

PARIS, 22 octobre 2009 (APM) - L'intérêt pour les hôpitaux de dégager une marge afin de garder de l'autonomie a fait débat mercredi lors du colloque "les CHU: crise de vocation ou crise de confiance?", organisé à Paris par les conférences hospitalo-universitaires, la chaire santé de Sciences Po et l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

Gérard de Pouvourville, professeur titulaire de la chaire Essec santé, a insisté sur l'importance pour les hôpitaux de réaliser cette marge brute, suscitant un brouhaha dans l'assemblée.

Pour lui, "une organisation quelle qu'elle soit, publique ou privée, n'a d'autonomie que si elle dégagne une marge d'exploitation", c'est-à-dire qu'elle a des "marges de manoeuvre et des leviers d'autonomie".

Il a expliqué que ce terme de marge d'exploitation ne correspondait pas au "profit" mais représentait la capacité d'autofinancement d'un hôpital pour son développement.

"Si un hôpital ne veut pas dégager une marge d'exploitation, il devient totalement dépendant des bailleurs de fonds pour financer son développement", a-t-il observé. "Ce n'est peut-être pas très grave quand on est l'AP-HP [Assistance publique-Hôpitaux de Paris] et qu'on pense avoir assez de relais politiques pour pouvoir obtenir ce qu'on veut au niveau national", a ajouté Gérard de Pouvourville, suscitant à nouveau des remous dans l'assemblée de représentants des CHU.

Il a mis en garde les établissements qui sont "dans un jeu de négociation permanente" avec leurs bailleurs de fonds pour savoir comment ils vont obtenir des rallonges pour financer leurs déficits. "Si vous pensez que ce jeu est plus payant pour vous que le jeu [visant à dégager une marge], à mon avis vous vous trompez" car il ne va pas durer du fait des "inégalités énormes d'accès aux ressources" qu'il génère entre les établissements, a-t-il ajouté.

"Cet accès aux ressources est quasiment uniquement lié à des effets de réputation et à des réseaux de pouvoir politique", ce qui "n'est plus tolérable" et correspond à une "dépendance totale" des établissements, a ajouté Gérard de Pouvourville.

Lors des questions, un participant de la salle a insisté sur le fait que la notion de marge brute d'autofinancement s'appliquait à une "entreprise capitaliste mais pas à l'hôpital". Il a repris l'argument avancé à plusieurs reprises par le Pr André Grimaldi, responsable du mouvement de défense de l'hôpital public (MDHP), pour dénoncer la tarification à l'activité (T2A) et selon lequel, pour dégager une marge, il valait mieux amputer les pieds des diabétiques que les soigner.

Gérard de Pouvourville a vivement réfuté cet exemple le qualifiant d'"absurde". Il a estimé que cet exemple était fondé sur un raisonnement en chiffre d'affaires et non sur la marge et que "très peu d'établissements publics" étaient actuellement capables de savoir s'ils dégageaient une marge.

Le Pr Grimaldi, animateur de la table ronde, a tenu à exposer son point de vue en dénonçant cet "éloge de la marge".

Il a rappelé que la notion "d'activités rentables qui paieront les activités non rentables" était "affolante" pour les médecins. Pour lui, la T2A n'est adaptée qu'à l'évolution de la médecine "vers la médecine industrielle (...) plus technique, plus codifiée plus procédurale et de gravité moyenne" qui est "aveugle" car "elle rentre dans le champ des gestionnaires et des économistes".

Il a souligné que demander à un service d'augmenter son activité de 5% correspondait à un "viol éthique", sous les applaudissements de la salle.

RISQUE DE HAUSSE DES CONTRAINTES A LA SORTIE DE CRISE

Le délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), Gérard Vincent, a par ailleurs remarqué que les tarifs risquaient de ne progresser que de 0,2% ou 0,5% en 2010, même si l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier devrait progresser de 2,8%.

Il a expliqué la différence par le fait que les établissements verraient leurs recettes augmenter de 2,8% uniquement si leur activité progressait en volume de 1,7%.

Si un établissement ne fait pas 1,7% d'activité supplémentaire, "il plonge", a observé Gérard Vincent.

Il a indiqué que la FHF se battait pour "freiner cette tendance" qui posait la question de la pertinence des actes.

S'agissant de la progression de 2,8% de l'Ondam hospitalier, il a observé que ce n'était "pas si mal que ça". Pour lui, cette hausse s'explique notamment par le fait que le secteur hospitalier est considéré comme un "amortisseur de crise". Après la sortie de crise, les contraintes pourraient être encore plus fortes, a mis en garde Gérard Vincent.

cb/ab/APM polsan

redaction@apmnews.com

CBMJM001 22/10/2009 15:13 ACTU