

7. L'hôpital ne se modernise pas.

FAUX

C'est une idée reçue particulièrement injuste pour tous les personnels hospitaliers, qui depuis une dizaine d'années sont confrontés à une vague ininterrompue de réformes structurelles : mise en place des Agences Régionales de Santé, des regroupements territoriaux, de la certification, des lois de sécurité sanitaire, de la réforme de la Tarification à l'activité, de la réforme de la gouvernance...

En réalité, l'hôpital s'adapte en permanence. Et le résultat de ce dynamisme se manifeste dans l'augmentation de la part des hôpitaux dans les soins en médecine, chirurgie et obstétrique.

Statut	Activité*	Durée	2002	2008
public ou parapublic	Chirurgie	Ambulatoire	27,1%	30,2%
		Conventionnelle	45,9%	50,4%
	Médecine	Ambulatoire	61,4%	62,9%
		Conventionnelle	79,4%	81,5%
	Obstétrique	Ambulatoire	73,6%	79,8%
		Conventionnelle	68,5%	72,9%

Sources : ATH - ministère de la Santé

8. Il y a de plus en plus d'infections nosocomiales dans les hôpitaux publics.

FAUX

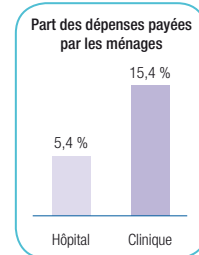
D'après une enquête conduite par l'Institut de veille sanitaire

(InVS), les infections nosocomiales « tendent à la baisse en France ». Une diminution qui est particulièrement marquée pour les infections à staphylocoque doré résistant à la pénicilline (SARM), dont la prévalence a diminué depuis quinze ans de 59 % en réanimation, de 44 % en chirurgie et 32 % en médecine. Le taux d'infections nosocomiales en France est désormais de 4,9 %, un des plus bas d'Europe.

Ce résultat remarquable, et encore perfectible, est dû à leur notification aux autorités sanitaires, à l'adoption de programmes d'assurance qualité et à la généralisation des procédures de certification, qui contribue grandement à l'amélioration de la qualité. La diffusion de référentiels de bonne pratique et leur suivi dans des tableaux de bord désormais publics ont donc permis de nets progrès.

9. L'accès aux soins en clinique ne pose pas de problèmes financiers aux usagers.

FAUX



Source : DREES Comptes nationaux de la santé 2007
Calculs : secrétariat général du HCAAM

Dans les dépenses de santé, la part prise en charge par l'Assurance maladie, l'Etat ou les mutuelles reste majoritaire. Cependant une multiplicité de mesures (déremboursements, forfaits, franchises, dépassements d'honoraires, etc.) augmente, depuis quelques années, le reste à charge pour l'utilisateur du système de santé.

Or, le reste à charge pour les ménages est trois fois plus élevé en clinique qu'à l'hôpital. Les dépassements d'honoraires en clinique sont en effet fréquents – plus de 85 % du total – et en très forte augmentation, alors qu'ils ne concernent que 5 % des praticiens hospitaliers. Aux dépassements d'honoraires s'ajoutent en outre pour les patients des suppléments hôteliers presque systématiques. Pour le patient, l'hôpital est toujours moins cher que la clinique.

10. L'hôpital public ne joue plus un rôle central dans la recherche et l'innovation médicale.

FAUX

L'hôpital

public consacre chaque année plus de 2 milliards d'euros à la recherche, à l'enseignement et à l'innovation, soit plus de 15 % du budget total des CHU. Les premières médicales et les plus importantes avancées ont toujours lieu dans des hôpitaux publics. Depuis leur création, les CHU ont ainsi effectué 78 premières mondiales. C'est à l'hôpital public que se diffusent et se généralisent les innovations, permettant aux Français d'avoir accès aux meilleurs soins. L'hôpital est plus que jamais un acteur essentiel du progrès médical et joue un rôle majeur dans l'essor des technologies du futur, dont les potentiels de développement économique sont considérables.

En outre, avec 13 milliards d'euros consacrés à l'achat de biens médicaux et de services, l'hôpital est par ailleurs un véritable « stimulateur de croissance » pour nos industries de santé (fournisseurs de biens et de services, laboratoires...), et pour toutes les grandes entreprises et PME qui travaillent pour lui.

HÔPITAL PUBLIC

POUR EN FINIR avec les idées reçues

L'hôpital public coûte cher... La France dépense trop pour ses hôpitaux... Les cliniques sont plus productives... Il y a de plus en plus d'infections nosocomiales à l'hôpital...

Les idées reçues sur le service public hospitalier, par ignorance ou par malveillance, ont la vie dure !

Le présent document, qui s'appuie uniquement sur des faits et chiffres vérifiés, émanant d'institutions internationales ou nationales, mais également de sociétés savantes, s'attache à rétablir la vérité sur dix d'entre-elles.

Il rend ainsi justice à l'action de tous ceux qui se sont engagés pour le service public hospitalier, l'un des fondements du pacte républicain auquel nos concitoyens sont le plus attachés, et qui lui font massivement confiance (à plus de 82 % selon un sondage TNS SOFRES d'avril 2010).

Jean LEONETTI
Président

Gérard VINCENT
Délégué général

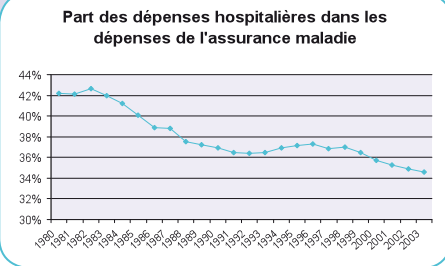
Fédération hospitalière de France
1 bis, rue Cabanis - CS 41402
75993 Paris cedex 14
Tél. 01 44 06 84 44
Fax 01 44 06 84 45
www.fhf.fr - www.hopital.fr

Contact :
Cédric Lussiez
Directeur de la communication
Email : c.lussiez@fhf.fr
Tél. 01 44 06 85 22



1. La proportion de dépenses consacrées à l'hôpital public ne cesse d'augmenter.

FAUX



En 30 ans, la part relative des dépenses d'Assurance maladie consacrées à l'hôpital public est passée de 41 % à 34 %... Les dépenses de la médecine de ville ont progressé beaucoup plus vite que celles de l'hospitalisation, car elles sont beaucoup moins maîtrisées.

Cette maîtrise a été renforcée par la mise en œuvre de la tarification à l'activité en 2004.

2. Les dépenses consacrées à l'hôpital sont plus élevées que dans d'autres pays.

FAUX

Les comparaisons internationales publiées par l'OCDE révèlent en revanche une part plus élevée des dépenses de l'ensemble des hôpitaux publics et cliniques privées dans la dépense totale de santé : 37 %, contre une moyenne OCDE de 29 %. L'une des raisons en est **le poids excessif du secteur privé lucratif dans notre pays**. Les autres pays développés ont cherché à en limiter la place afin d'éviter toute inflation des dépenses, et de préserver un égal accès aux soins.

Lits de soins aigus en hôpitaux publics et privés, 2008-2009

	Hôpitaux publics (%)	Hôpitaux privés à but non lucratif (%)	Hôpitaux privés à but lucratif (%)
Allemagne	49	36	15
Belgique	34	66	-
Espagne	74	17	9
France	66	9	25
Italie	82	17	2
Luxembourg	68	29	3
Royaume-Uni	96	4	-

Source : enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE, 2008-2009.

3. Les hôpitaux publics sont de mauvais gestionnaires.

FAUX

Les hôpitaux publics sont des **acheteurs rigoureux**. Ils ont effectué d'importants efforts pour rationaliser leurs achats. Ceux-ci, qui représentent annuellement 15 milliards d'euros, sont gérés pour les deux tiers par des structures mutualisées (Uni.H.A, Resah Ile-de-France...), afin d'obtenir des prix plus avantageux.

Les comptes des hôpitaux sont **transparents**. Ils sont tenus par l'administration du Trésor, connus au centime d'euro près et consolidés nationalement, sans possibilité de transférer une partie des bénéfices auprès de sociétés civiles immobilières comme le font les cliniques. Les hôpitaux ont également mis en œuvre des dispositifs d'information grand public qui présentent de manière transparente et comparée leurs performances, grâce notamment au site hopital.fr créé par la FHF.

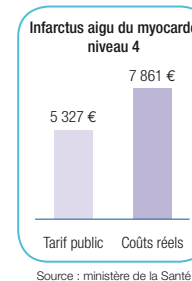
Les hôpitaux publics **se sont restructurés** : la durée moyenne de séjour en soins aigus a baissé en France de 6,2 à 5,5 entre 1995 et 2007 (source OCDE). Elle est inférieure à celle de tous les pays de l'OCDE en dehors des pays scandinaves. Le nombre de lits a également baissé, passant de 4,6 à 3,6 pour mille habitants sur la même période.

4. Pour faire des économies, il faut donner plus d'importance aux cliniques.

FAUX

Seulement 26 % des hospitalisations totales sont effectuées par les cliniques privées. Celles-ci ne représentent que 19 % des lits d'hospitalisation et leur activité est très concentrée sur les secteurs les plus lucratifs, comme le traitement des cataractes. Elles ne traitent pour l'essentiel que la cinquantaine de pathologies les plus simples, à la différence des hôpitaux qui assurent toutes les activités, même lorsqu'elles génèrent un déficit.

Contrairement à ce qui est annoncé par les cliniques privées, l'hôpital ne coûte pas plus cher à la Sécurité sociale que les cliniques. L'écart de 21 % parfois annoncé est lié au fait qu'à la différence des cliniques privées, qui peuvent choisir les activités les plus rémunératrices, l'hôpital doit répondre présent dans tous les cas, même les plus compliqués et ceux qui entraînent un déficit, parce que les tarifs y sont inférieurs aux coûts, comme dans la prise en charge des infarctus du myocarde sévères. Si on affaiblit l'hôpital, qui prendra en charge les patients les plus fragiles ou les plus coûteux ?



5. Les missions de service public assumées par l'hôpital public sont entièrement financées par des enveloppes spécifiques (MIGAC).

FAUX

De nombreuses missions de service public ne sont pas financées à leur coût réel, comme le traitement des urgences assuré à plus de 90 % par le service public hospitalier. Seuls les frais liés à la mobilisation des personnels des services d'urgences sont en effet pris en compte, alors que 20 % des patients doivent être hospitalisés, de manière non programmée, ce qui entraîne un surcoût considérable non financé.

De même, les établissements publics de santé sont organisés et dimensionnés pour assurer une prise en charge des patients dans toutes les situations, même les plus exceptionnelles, (plan rouge, plan blanc, catastrophes...). Les hôpitaux qui maintiennent des capacités d'hospitalisation de recours sont indispensables à la gestion des crises sanitaires et à l'accueil des victimes de catastrophes. Mais cette capacité de recours n'est pas financée : quelle entreprise privée accepterait cette situation ?

6. La restructuration hospitalière nuit à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

FAUX

Celle-ci a déjà été largement engagée, et doit être poursuivie. L'évolution des prises en charge médicale et la spécialisation croissante des équipes médicales imposent en effet des regroupements si l'on veut maintenir un égal accès des Français à des soins de qualité. On ne saurait accepter que certains établissements ne soient pas en mesure d'offrir des garanties de sécurité aux Français.

Afin de concilier qualité et sécurité, il est nécessaire de favoriser les formules de communauté hospitalière de territoire et de groupement de coopération sanitaire, qui permettront une action à la fois plus résolue et mieux adaptée aux besoins des populations, en garantissant le maintien en proximité d'équipes médicales et chirurgicales de taille suffisante.