

# Bienvenue

## Table ronde

# "Quel avenir pour l'hôpital ?"

Mercredi 26 novembre 2008, de 15 h à 18 h

Faculté de Droit de Malakoff - Université Paris Descartes  
Amphi «René Lacharrière»

Les  
Conférences  
Santé de la  
MGEN



La conférence-débat animée par Laurence OSTOLAZA, journaliste à France2, se déroulera en deux parties :

- de 15h à 16h30, autour de la situation actuelle de l'hôpital, sa "crise" et ses multiples dysfonctionnements (incluant présentation de la "T2A" et de ses conséquences), ouverte par l'exposé d'Axel KAHN, président de l'Université Paris Descartes, sur le thème "éthique et accès aux soins"; sera projeté un extrait du reportage "Vers un hôpital à deux vitesses ?" récemment réalisé à Lyon par la Mgen avec LCP Assemblée Nationale pour le Magazine mensuel "Etat de santé";
- de 16h30 à 18h, sur l'avant-projet de loi "HPST" et sur des alternatives possibles, introduite par Marc TRANCHAT, membre du Bureau national de la Mgen, avec un diaporama présentant quelques caractéristiques de cet avant-projet de Loi.

Au cours de chacune des 2 parties, un temps sera consacré à recueillir des questions dans l'assistance, après l'ensemble des interventions des participants à la table-ronde :

- **Axel KAHN**, Président de l'Université Paris Descartes, généticien, médecin, auteur de nombreux ouvrages, ancien directeur à l'Institut Cochin de génétique moléculaire, ancien membre du Comité consultatif national d'éthique, ancien Président du groupe des experts en Sciences de la vie auprès de la Commission européenne,...
- **André GRIMALDI**, diabétologue, chef de service à la Pitié-Salpêtrière, auteur de nombreux ouvrages de diabétologie et de «Réinventer l'hôpital public - contre l'hôpital entreprise» (Ed. Textuel 2005), initiateur du récent appel national pour «Sauver l'hôpital public» ([www.appel-sauver-hopital.fr](http://www.appel-sauver-hopital.fr)).
- **Patrick PELLOUX**, médecin-urgentiste, délégué général de la FPSH (Fédération de la Permanence des Soins Hospitaliers), président de l'AMHUF (Association nationale des médecins hospitaliers urgentistes).
- **Damien BERTHILIER**, Président de La Mutuelle Des Etudiants
- **Marc TRANCHAT**, Délégué aux établissements sanitaires et médicosociaux de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, président de l'UNEMH (Union nationale des établissements mutualistes d'hospitalisation).

### Documents joints à la pochette d'accueil :

- > plaquette de présentation de la Mgen
- > feuille permettant de poser des questions à remettre aux élus Mgen92 dans l'Amphi (identifiés par un badge de couleur)
- > "**Financement des hôpitaux et tarification à l'activité**", de l'économiste **Pierre Volovitch** (intervenant lors de la conférence-débat Mgen à Sceaux le 4/2/08 : voir page SD92 du site [www.mgen.fr](http://www.mgen.fr), document téléchargeable sur [www.mgen.fr/index.php?id=374&cs=092](http://www.mgen.fr/index.php?id=374&cs=092)), reproduite avec son accord et celle de la revue "*Pratiques*" (52 rue Galliéni – 92240 Malakoff – [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)) qui l'a publié dans son n° 41 de mai 2008.
- > présentation de l'ouvrage de référence pour comprendre la "T2A" : "**La tarification hospitalière à l'activité – éléments d'un débat**", co-écrit par **Jean-Marie Fessler**, Directeur des établissements Mgen depuis plusieurs années après une longue expérience au sein des hôpitaux publics (Ed. Lamarre – 2003).



Une rencontre régionale organisée par la Section Mgen des Hauts-de-Seine (contact pour suites de cette initiative : Philippe Laville – président de la section Mgen92 19, rue Galliéni – 92511 Boulogne-Billancourt Cedex – [sd092qr@mgen.fr](mailto:sd092qr@mgen.fr)), en partenariat avec l'Université Paris Descartes.



# Conférence Santé

“**Confluences Santé**”, rencontres nationales annuelles Mgen sur un thème de santé publique a pris le parti d’essaimer en région sous la forme de tables rondes choisissant la dénomination de « Conférences Santé ».

Il s’agit d’un moment privilégié d’écoute et de dialogue qui s’adresse à tous, et particulièrement aux élus et équipes de direction des Sections départementales, centres de travail et établissements Mgen.

“**Conférences Santé**” se veut un lieu d’expression articulé avec les journées d’études régionales de la MGEN autour de thèmes d’actualité en lien avec la santé publique. La première Conférence Santé a été initiée en mai 2008 sur le thème « Vieillir demain ».

“**L’avenir de l’hôpital**” est aussi un enjeu de santé publique qui nous concerne tous.

C’est l’affaire des professionnels de santé, hospitaliers particulièrement, des experts en santé, comme des élus et des décideurs qui ont l’obligation morale de proposer des solutions adaptées sur l’ensemble du territoire pour l’accès de tous à des soins hospitaliers d’égale qualité. C’est aussi le problème de chaque citoyen et du mouvement mutualiste qui doit s’efforcer au travers de ses actions et réalisations d’informer, d’orienter, d’accompagner au mieux chacun dans son parcours de santé.

L’avant-projet de loi HPST prévoit notamment la suppression du statut de « Participant au Service Public Hospitalier », qui est celui des établissements mutualistes, et fait craindre une aggravation de la situation de l’hôpital public avec une gestion de plus en plus proche de celle des établissements privés à but lucratif. Le 10/10/2008, la Mutualité française et la majorité du CA de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie ont voté très majoritairement contre ce projet de loi. A quelques jours de son examen au Parlement, cette Conférence Santé du 26 novembre devrait permettre d’en analyser les grandes caractéristiques, d’en éclairer les enjeux en s’interrogeant sur la crise de l’hôpital, sur les conséquences de la généralisation en 2008 de la « T2A » (tarification dite « à l’activité ») affectant tous les établissements de court séjour, de réfléchir simultanément à des alternatives pour une meilleure organisation du système de santé, plus éthique, efficace et solidaire.

**Jean-Louis DARQUES**  
Administrateur Mgen  
Région Ile de France

**Philippe LAVILLE**  
Président SD Mgen92

**Marc TRANCHAT**  
Membre du Bureau national Mgen  
Délégué aux établissements sanitaires et médicosociaux



Photos de la Conférence ayant accueilli plus de 400 personnes (amphi de 500 places) © Mgen – photos C. Gillot



# Financement des hôpitaux et tarification à l'activité (T2A)

■ Pierre Volovitch, économiste

La tarification à l'activité (T2A) prétend répondre à la question du financement de l'hôpital avec un outil purement économique-technique. Ce faisant, elle ne prend pas en compte la dimension sociale du soin, au risque d'aggraver les difficultés d'accès aux soins des personnes les plus fragiles.

Alors refuser la T2A pour en rester au statu quo actuel ? C'est évidemment impossible, car une des caractéristiques de la situation actuelle est la très forte inégalité d'offre hospitalière entre régions et départements.

Le débat sur la mise en place d'un financement de l'hôpital cohérent avec notre vision du soin est devant nous.

Dans le cadre du débat autour de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, un amendement d'origine parlementaire a accéléré le calendrier de mise en place, pour l'hôpital public, de la tarification à l'activité (dite T2A).

Il y a de bonnes raisons de critiquer la T2A, il y en a aussi de moins bonnes.

Il y a les effets « théoriques » de la T2A, mais il y aura aussi, et c'est sans doute plus important, les effets que les professionnels vont pouvoir mesurer sur le terrain au fur et à mesure de la mise en œuvre de la T2A.

Le papier d'aujourd'hui est un premier papier. Il a pour ambition de fermer des « fausses pistes » et d'ouvrir les pistes sur lesquelles il nous faudra débattre à partir des réalités qui remonteront du terrain.

**La question posée est celle du financement de l'hôpital**

En utilisant un système proche de « l'acte » de la médecine libérale, l'hôpital était financé, jusqu'aux années 80, au « prix de journée ».

Et ça marchait comme « l'acte ». L'hôpital avait intérêt à multiplier

le nombre de journées. Surtout celles dont la densité en soins était faible.

Au début des années 80, les pouvoirs publics décident de mettre fin à ce système du « prix de journée » qu'ils analysent comme « inflationniste »<sup>1</sup>. L'hôpital public, et les établissements privés « participant au service public hospitalier » (PSPH), passent alors progressivement sous « dotation globale ». Chaque hôpital se verra

attribuer un budget. Ce budget sera calculé sur une base « historique » (les budgets dont l'hôpital avait disposé les années antérieures). Chaque année, le budget augmentera d'un pourcentage fixé par l'Etat (taux directeur). Pour donner de la souplesse, le « taux directeur » pourra être modulé, en plus ou en moins, pour chaque hôpital (mise en place de « marges de manœuvre »). Le passage au « budget global » est un succès. Les durées de séjour se réduisent de façon très importante. Doté d'un budget qui n'est plus sensible à la durée de séjour, l'hôpital a intérêt à garder les patients le moins de temps possible. Cette réduction des durées de séjour a évidemment un effet massif sur l'intensité du travail des soignants (infirmières et aides-soignantes en tête). Personne ne se penche sur cette question. Pour les décideurs, c'est un succès : les budgets des hôpitaux sont « tenus ». Cinq à six ans après la mise en place du « budget global » apparaissent les grandes grèves infirmières qui manifestent le malaise né tout à la fois de la restriction des budgets hospitaliers (ils ne se réduisent pas, mais augmentent beaucoup moins vite que dans la période antérieure) et des profondes transformations du travail des soignants.

## De fortes inégalités

Dans ce pays où n'existe aucune norme nationale sur le nombre de personnel par lit<sup>2</sup>, les inégalités de dotation en personnel entre hôpitaux sont importantes. Elles recouvrent, en gros, les inégalités en médecine de ville. Les hôpitaux du Sud sont mieux dotés que ceux du Nord. La reconduction des budgets sur des bases historiques, la très faible utilisation des « marges de manœuvres » dans un contexte de contrôle des dépenses, fait que les inégalités entre hôpitaux ne dimi-

« La réduction des durées de séjour a eu un effet massif sur l'intensité du travail des soignants. »

nuent pas, voire augmentent. Un hôpital ancien qui était plutôt bien doté avant 1980, et dont l'activité décline, se trouve plus à l'aise qu'un hôpital moins bien doté en 1980 et dont l'activité est plutôt en progression. Les syndicats hospitaliers, qui enregistrent partout la dégradation des conditions de travail, liée au raccourcissement des durées de séjour, demandent des moyens supplémentaires pour tous, mais sont incapables de poser la question de la réduction des inégalités. Aujourd'hui, pour un même nombre de lits, ou pour un même nombre de journées d'hospitalisation<sup>3</sup>, l'écart de personnel peut être de 50 %. Dit autrement, là où certains hôpitaux, dans le Sud, disposent, pour une masse de travail donnée, de quinze personnes, d'autres hôpitaux, du Nord, disposent de dix personnes...

Le succès du « budget global » se payait donc par de l'opacité (le financeur sait combien il a donné à l'hôpital, mais n'a aucune information sur l'utilisation de ce budget), par le maintien d'une inégalité forte entre hôpitaux, par une dualité entre financement de l'hôpital public (et PSPH) et financement des cliniques privées<sup>4</sup>.

Les pouvoirs publics décidèrent de passer à autre chose. On aurait pu se poser quelques questions : pourquoi les « marges de manœuvres » n'étaient-elles pas utilisées ? L'amélioration des systèmes d'information faisait qu'on pouvait savoir, sans passer par le budget, de plus en plus de choses sur l'activité de l'hôpital. Cela n'ouvrait-il pas la voie à une utilisation plus intelligente de ce budget global ? Ces questions n'ont pas été posées. On est passé directement à la tarification à l'activité.

#### Le passage à la T2A

A la base de cette nouvelle tarification, il y a une idée déjà mise en œuvre outre Atlantique. On peut chiffrer le coût des soins. Le calcul ne va pas se faire cas par cas, malade par malade. On va définir des groupes dans lesquels on va regrouper des malades dont les pathologies sont proches, qui ont besoin du même type de soins. On construit donc des groupes homogènes de malades (GHM)<sup>5</sup>. Il faut qu'ils soient suffisamment nombreux pour que ce soit précis, pas trop nombreux pour que ce soit gérable. Aujourd'hui, les hôpitaux travaillent avec environ 600 GHM. On demande alors à des hôpitaux volontaires de faire, en comptabilité analytique, le calcul des coûts sur chaque GHM (temps de soignants, médicaments, amortissement des équipements...).

Sur cette base, les pouvoirs publics vont fixer un tarif pour chaque GHM. Les équipes médicales coderont leur activité par GHM. L'hôpital sera rémunéré en fonction de son activité mesurée en nombre de cas traités par chaque GHM.

On évite l'inconvénient du « prix de journée » qui est de prolonger les séjours. L'hôpital, une fois perçu le tarif correspondant à un GHM, n'a pas intérêt à garder le malade plus longtemps. On évite l'inconvénient du « budget global » qui est son insensibilité à l'activité. Un hôpital qui travaille moins verra ses moyens se réduire, un hôpital qui voit son activité augmenter verra ses moyens suivre cette hausse d'activité.

On place les établissements en situation de « concurrence par comparaison ». Celle-ci va inciter, obliger, les établissements dont les coûts sont supérieurs à la moyenne à s'aligner sur la moyenne.

#### La T2A repose sur de nombreuses hypothèses

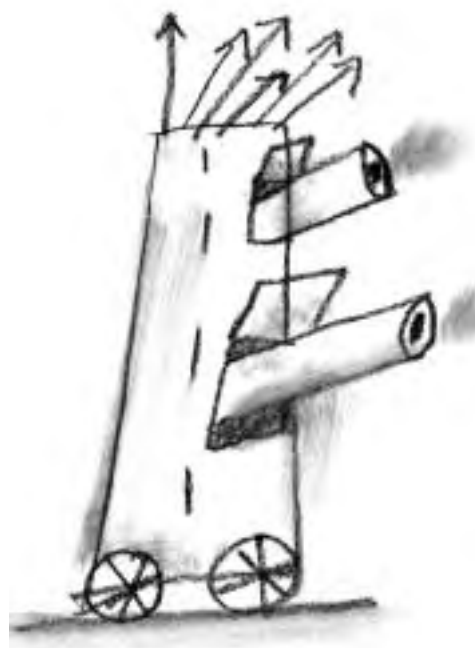
Hypothèse que l'ensemble de l'activité médicale est réductible à des GHM. Le GHM étant avant tout défini par une suite d'actes techniques. Evidemment, les poly-pathologies (liées en partie au vieillissement), les soins de longue durée, la psychiatrie, ont quelque mal à rentrer dans le moule.

Hypothèse que les médecins vont coder honnêtement. Car évidemment, dès qu'ils vont avoir compris que tel codage apporte plus de moyens que tel autre, la tentation va être forte de « sur-coder »<sup>6</sup>. Il va donc falloir des médecins qui vont contrôler le codage des autres médecins.

Hypothèse que l'établissement dans lequel les coûts sont supérieurs à la moyenne a les moyens d'agir sur ses coûts. Ce qui n'est pas évident, car

« Les hôpitaux du Sud sont mieux dotés que ceux du Nord. »

.../...



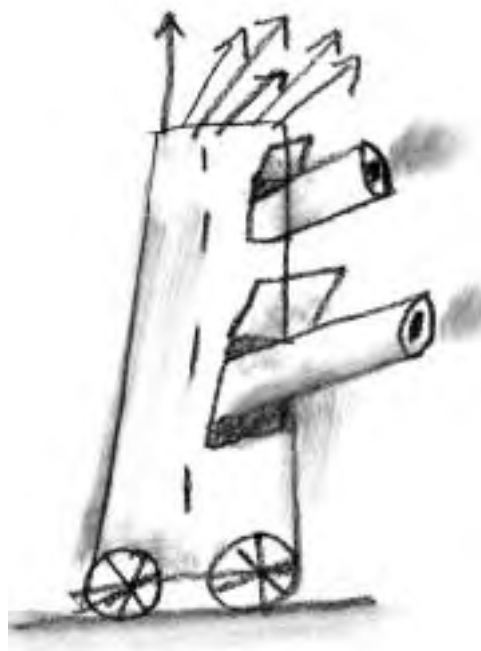
.../... l'établissement est pris dans un certain nombre de contraintes en matière d'amélioration des coûts. Et que même s'il a les moyens d'agir, demeure la question du temps dont il va disposer pour agir. Un établissement met en place des modifications de son organisation pour réduire les coûts. Ces modifications ont elle-mêmes un coût et elles n'auront d'effet qu'au bout d'un certain temps. Les effets négatifs de la mise en place de la tarification à l'activité ne seront-ils pas plus rapides que les effets positifs de sa réorganisation ?

«Un hôpital qui travaille moins verra ses moyens se réduire.»

Faire de la « concurrence par comparaison » c'est choisir de faire crever les moins bons. Cela ne peut donc marcher que s'il y a un excès d'offre. Sinon la disparition des moins bons conduit à ce que l'on n'ait plus que des hôpitaux bien gérés, mais incapables de répondre à la demande de soins. Sommes-nous en situation d'excès d'offre ?<sup>7</sup>

Enfin et surtout, les promoteurs mêmes de la tarification à l'activité ont compris, et écrivent, qu'il y a deux dangers majeurs : la sélection des patients et la perte de qualité.

Tous les patients d'un groupe homogène de malades ne sont pas identiques. Certains malades, du fait de leur âge, de leur situation sociale, vont coûter plus cher. L'établissement a donc intérêt à concentrer son activité sur les malades du groupe les moins coûteux. Il va sélectionner. En diminuant la qualité des soins l'établissement peut aussi diminuer ces coûts. Comment éviter que la chasse aux coûts ne diminue pas la qualité ?



### Le mythe de la « convergence » public/privé

La T2A a donc de sérieux défauts. Mais elle a pour les parlementaires de droite un avantage fascinant. Elle va permettre la « convergence » des tarifs du public et du privé.

À la base de ce rêve de « convergence », il y a l'idée cent fois répétée que « le privé coûte moins cher que le public ». Peut-on lutter contre cette idée fautive ? Les activités de soins du privé et du public ne sont pas les mêmes. Le privé s'est spécialisé, depuis longtemps, dans le plus simple, le plus programmable. Les patientèles ne sont pas les mêmes. Chacun sait que les plus pauvres sont plus coûteux à soigner<sup>8</sup> et que les pauvres vont plutôt vers l'hôpital public. Le nombre de personnes « au pied du lit » et leur qualification ne sont pas les mêmes entre le public et le privé. Les personnels du public sont protégés par un statut dont ne profite pas le personnel du privé...

Derrière le discours sur la « convergence » entre privé et public que permettrait la T2A, il y a évidemment une machine de guerre contre les statuts de la fonction publique hospitalière. C'est une des dimensions de la T2A.

Mais c'est ici aussi qu'il y a une fausse piste à ne pas prendre. Pour certains des adversaires de la T2A, un de ses plus gros défauts est qu'elle va « avantager » le privé.

Sauf erreur de ma part, l'ancien système de tarification n'a pas fait trop de mal au privé. La spécialisation du privé vers la part rentable de l'activité n'a pas été induite par la T2A et existait bien avant la mise en place de la T2A.

Plus curieux. Potentiellement, et j'ai bien compris que ce n'est pas l'utilisation que les actuels promoteurs de la T2A veulent en faire, la T2A, pilotée avec d'autres objectifs politiques, pourrait être un outil contre les rentes du privé. Après tout, que la « Générale de santé » fasse des profits boursiers montre bien que les tarifs qu'elle applique sont supérieurs aux coûts qu'elle supporte. Une T2A réellement alignée sur les coûts ferait disparaître les profits. Mais ne rêvons pas. Ceux qui ont les manettes ne veulent pas utiliser la T2A de cette façon.

### La T2A comme leurre « marchand » pour dissimuler des choix politiques

Et puisqu'on en est aux fausses pistes, évacuons la seconde fausse piste. La T2A n'est pas un mécanisme de marché. Dans la T2A, c'est bien l'administration, qui sur la base de calcul de coûts, fixe un tarif<sup>9</sup>. Avec la T2A ni les patients, ni les assureurs santé, ne sont sur un marché où ils pourraient choisir la meilleure offre au meilleur prix<sup>10</sup>. Pour ceux, dont je suis, qui sont persuadés que la prise en charge de la santé ne doit pas dépendre de mécanismes marchands, c'est plutôt

une bonne nouvelle. Qui ne retire rien aux critiques que l'on peut faire contre la T2A.

La T2A est d'autant moins un prix de marché que sa mise en place demeure inscrite dans une enveloppe hospitalière « fermée ». D'un point de vue logique, on peut tout à fait imaginer une T2A dans une enveloppe ouverte. La dépense totale n'est pas prédéterminée. Dans cette situation, les établissements ont intérêt à augmenter leur activité. Horreur, la T2A devient autant « inflationniste » que le vulgaire « prix de journée »<sup>11</sup>. C'est pourquoi aujourd'hui la T2A est dans une enveloppe fermée (l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie – ONDAM – décliné pour l'hôpital) et que les tarifs diminueront si l'activité augmente trop<sup>12</sup>.

Mais la fausse piste est intéressante à relever, car il y a bien volonté de nous y faire entrer.

Décider de la masse des moyens financiers (et donc humains) qui iront à l'ensemble du secteur hospitalier est un choix politique. Décider de la répartition de ces moyens entre hôpitaux (et donc du niveau d'inégalité auquel on arrivera) est aussi un choix politique.

Attention, ces deux choix sont liés, mais il s'agit bien de deux choix. Bien sûr, en diminuant les moyens, je rends plus difficile la réduction des inégalités, mais l'inverse est vrai, je peux parfaite-

ment augmenter la masse des moyens globaux sans diminuer les inégalités<sup>13</sup>.

Pour le pouvoir politique, ces deux choix sont périlleux, surtout quand ils sont surdéterminés par l'obsession de faire diminuer les dépenses publiques. Comment faire diminuer le coût « politique » des décisions de restructuration hospitalière ? En lui donnant l'apparence d'une décision non-politique, d'une décision dictée par les dures (mais justes !) lois du marché.

La T2A, avec sa complexité technique, avec son caractère apparemment objectif, c'est le bon moyen de cacher plusieurs autres choix.

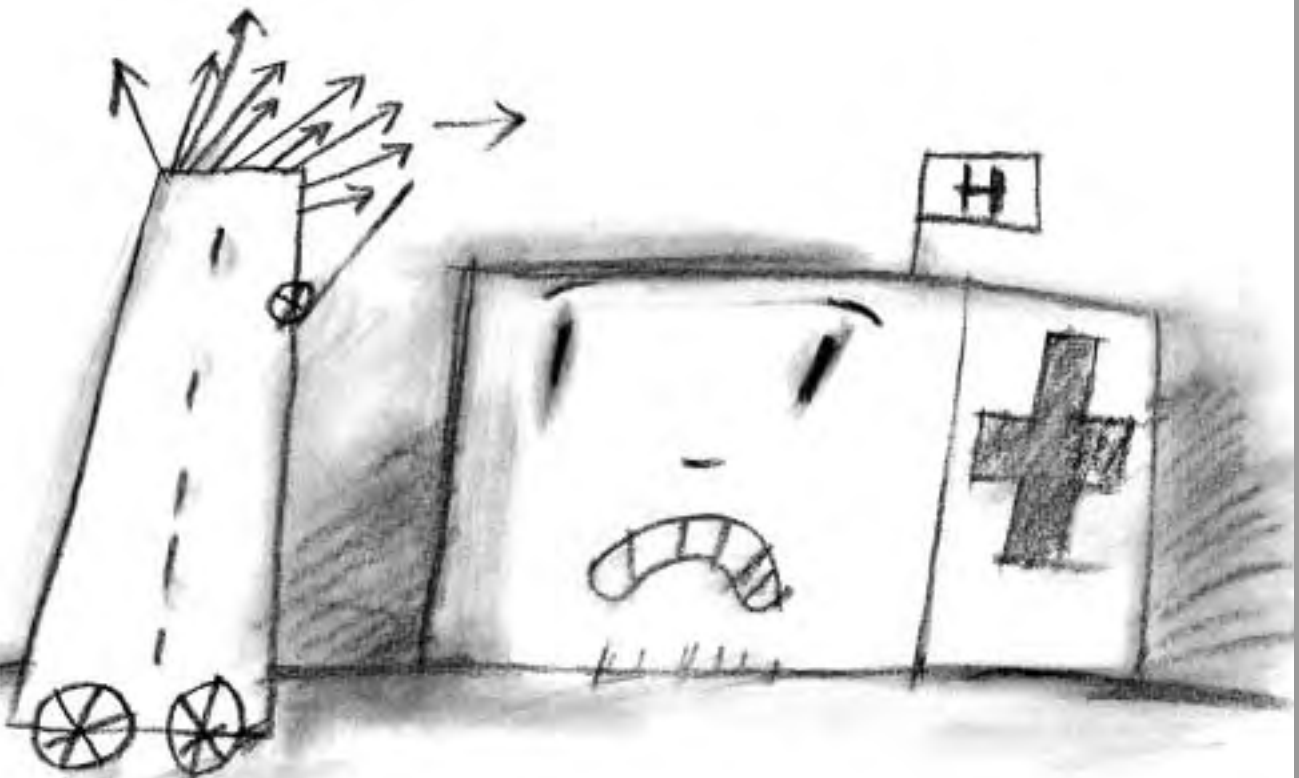
Bien sûr, le choix est fait sur la masse globale de richesse que l'on veut mettre dans l'hôpital en général.

Le choix de ne considérer l'hôpital, et les soins, que sous leurs aspects techniques, seuls quantifiables dans la T2A.

Le choix de nier le rôle social de l'hôpital. Les techniciens du ministère qui ont fait les calculs, qui ont permis de mettre en place la T2A, ont mesuré, sur la base de la même méthodologie

« Il y a deux dangers majeurs : la sélection des patients et la perte de qualité. »

.../...



.../... que pour les coûts des GHM, le surcoût qui correspondait à la prise en charge de patients « fragiles »<sup>14</sup>. Parce qu'aujourd'hui, et heureusement, les hôpitaux tiennent compte de la situation sociale des patients, en particulier pour la durée d'hospitalisation<sup>15</sup>, les patients socialement « fragiles » coûtent plus cher que les autres. Appliquer une T2A qui ne tient en aucun cas compte de la situation sociale des patients, c'est mettre l'hôpital devant le choix de ne plus tenir compte de la dimension sociale OU de se mettre dans le rouge.

La question du financement des hôpitaux a besoin d'un débat collectif, pas du masque d'un faux mécanisme marchand. La T2A n'est pas la

« Il y a évidemment une machine de guerre contre les statuts de la fonction publique hospitalière. »

bonne réponse à la question posée, mais nous ne pouvons rejeter la T2A pour demeurer au budget global. La question des inégalités d'offre hospitalière à travers le territoire doit être posée.

Un budget non lié à l'activité offre certainement aux gestionnaires de l'hôpital une visibilité plus grande. Mais ce budget ne peut reposer que sur des bases « historiques ». Il devrait prendre en compte les caractéristiques de la population

couverte (nombre personnes relevant de l'hôpital, âge de la population, situation économique et sociale de cette population).

Si nous ne voulons pas de la T2A, il nous faut avancer sur le terrain des contre propositions. Le débat est ouvert. ■

1. La réforme est initiée par des gouvernements de droite, mise en œuvre par des gouvernements de gauche.
2. On divise l'effectif d'un établissement, ou d'un service, par le nombre de lits, et on obtient la « densité » de personnel « au pied » de chaque lit. Cette donnée est assez fruste, puisqu'elle ne dit rien sur la qualification du personnel au « pied du lit », et sur un établissement pris dans son ensemble, elle ne dit pas si le personnel est effectivement au « pied du lit », ou affecté à des tâches de gestions.
3. Le même nombre de lits et/ou le même nombre de journées d'hospitalisation ne définissent pas nécessairement la même charge de soins. Mais ce sont les seuls instruments dont nous disposons.
4. La plus grande part des médecins exerçant en clinique privée sont rémunérés à l'acte et leurs dépenses sont enregistrées dans celles de médecine de ville. Les dépenses liées aux activités des salariés des cliniques sont financées par des « prix de journées » fixés par les préfets en fonction de la catégorie d'équipement de la clinique.
5. Sur le modèle des « Diagnostic related groups » (DRG) américains.
6. D'autant plus forte que pour les économistes le modèle du comportement humain, c'est chacun pour soi et tant pis pour l'intérêt collectif.
7. Et vu ce que coûte la mise en place d'une offre supplémentaire en matière d'hospitalisation, est-il économiquement cohérent de se fixer l'objectif de fonctionner avec un excès d'offre ?
8. Surtout si on tient compte de leur situation sociale dans la durée d'hospitalisation par exemple...
9. Et quand le « tarif » fixé ne plaît pas aux cliniques privées, elles attaquent cette décision devant le tribunal administratif. Vous vous voyez attaquer un prix de marché devant le tribunal administratif ?
10. On m'objectera, non sans raison, qu'intellectuellement la T2A est une construction cohérente avec une vision d'assureur privé qui veut savoir « combien ça coûte » avant d'aller faire son marché. La remarque est à prendre en compte. Mais aujourd'hui, ici, la T2A ne conduit pas à des prix de marché, mais bien à une tarification administrative.
11. Et les données dont on dispose sur la mise en place de la T2A, spécialement dans les cliniques à but lucratif, montrent que les gestionnaires de ces cliniques ont bien compris que la T2A c'était le moyen de gagner plus en travaillant plus...
12. Ce qui montrera bien que le calcul des coûts (qui se voulait « objectif ») s'effacera face à l'objectif de maîtrise des dépenses (qui est politique).
13. Et c'est ce que montrent les travaux de l'IRDES. Sur les vingt dernières années, les effectifs hospitaliers ont augmenté (on peut penser qu'ils n'ont pas augmenté suffisamment, mais ils ont augmenté), tandis que les inégalités de dotations entre établissements ne diminuaient pas.
14. Bénéficiaires de minima sociaux, chômeurs de longue durée, étrangers en situation précaire...
15. L'IRDES a montré, à partir de pathologie précise, que les patients « socialement isolés », avaient des durées d'hospitalisations supérieures à celles des autres patients.

Article reproduit avec l'aimable autorisation de son auteur, Pierre Volovitch, et de la rédaction de la revue *Pratiques*

(52 rue Galliéni, 92240 Malakoff. Tél. 01 46 57 85 85 – [www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)), dont il est extrait pour le dossier des participants à la Conférence Santé Mgen du 26/11/2008 à la Faculté de Droit de Malakoff – Université Paris Descartes "Quel avenir pour l'Hôpital ?".