

UNE « CONTRE-RÉFORME », AU NOM DE L'ÉGALITÉ DES CITOYENS Hôpital entreprise contre hôpital public

Par deux fois au cours de l'été, les médecins étrangers des hôpitaux français ont fait grève : ils soignent comme leurs homologues français mais avec une paie moins importante. Un des signes de la dégradation de l'hôpital public. Il devient par exemple plus rentable d'amputer un patient que de le soigner pour prévenir une telle opération... Comment sortir de cette dérive, contraire à l'éthique pour les médecins, dangereuse pour les malades ?

Par ANDRÉ GRIMALDI ET JOSÉ TIMSIT

Chef du service de diabétologie-métabolisme du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris).

Professeur de médecine interne à l'hôpital Cochin (Paris).

La crise de l'hôpital, qui fait régulièrement la « une » de l'actualité, est d'abord une crise financière. Pourtant, la France consacre 10 % de son produit intérieur brut (PIB) à la santé, dont la moitié correspond aux frais hospitaliers, contre 6 % il y a trente ans (1). Mais, depuis ses origines, le système connaît une contradiction structurelle entre un financement public et une distribution de soins en partie privée : la médecine libérale. Cette contradiction a explosé sous le double effet d'un manque de recettes de la Sécurité sociale et d'une expansion des dépenses liée au vieillissement de la population et aux progrès de la médecine.

La dernière tentative publique pour contrôler l'offre libérale des soins remonte au plan Juppé, en 1995, et s'est soldée par une rupture entre le principal parti de la majorité et les médecins. Les gouvernements de droite en sont arrivés à une conclusion définitive : « Plus jamais ça ! » Étonnamment, une partie de la gauche en a tiré la même leçon.

Ainsi, l'ancien directeur de la Sécurité sociale, M. Gilles Johanet, et l'ancien directeur des hôpitaux, M. Jean de Kervasdoué, hommes de gauche hier convaincus que la santé n'est pas une marchandise et ne peut en conséquence être réglée par les lois du marché, ont tourné casaque. Le premier, devenu directeur médical des Assurances générales de France (AGF), a proposé en juin dernier une assurance-santé privée d'excellence pour 12 000 euros par an, projet reporté... après l'élection présidentielle. Le second s'est rallié aux vertus des activités médicales privées au sein même des hôpitaux publics, et il peut écrire : « *L'élaboration de la stratégie d'un hôpital public ressemble justement à celle des autres entreprises (...). Il s'agit d'analyser l'activité et la clientèle (...). Même si le mot marketing est encore tabou du fait de sa connotation agressive, on cherche à vendre. C'est bien de cela qu'il s'agit ici (2) » !*

Cette logique de privatisation qui fait consensus entre une droite et une gauche « libérales » conduit, d'une part, à refuser d'augmenter les ressources de la Sécurité sociale et, d'autre part, à réduire les remboursements. La part assumée par les mutuelles ou les assurances complémentaires ainsi que par les ménages grimpe toujours plus : paiement de 1 euro par consultation et par prélèvement de laboratoire, franchise de 18 euros pour les soins coûteux, hausse du forfait hospitalier, limitation d'accès à la couverture-maladie universelle (CMU)...

Soins plus onéreux pour les malades

Une même logique règne pour la réforme « Hôpital 2007 », lancée il y a deux ans par le gouvernement. Cette « contre-réforme » s'appuie sur le paiement à l'activité appelé T2A, calqué sur le paiement à l'acte de la médecine libérale. Désormais, à chaque activité correspondent un code et une somme d'argent dont dépendent les ressources des hôpitaux publics. Il existe donc des malades rentables (par exemple celui qui a besoin d'une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation de courte durée), et des malades non rentables (un patient atteint d'une maladie chronique n'ayant nul besoin de soins de haute technologie ou ne pouvant retourner

rapidement à son domicile). En matière de diabète, cela veut dire qu'un patient dialysé ou amputé rapporte plus qu'un patient hospitalisé pour prévenir l'amputation et la dialyse.

Jusqu'à présent, le financement était assuré dans le cadre d'un budget global, fondé sur la solidarité car il permettait une redistribution des moyens entre les différents services. Selon ses détracteurs, ce système pérenniserait les situations acquises, quelle que soit l'activité réelle. Pourtant, rien n'empêche que le budget global de l'hôpital et de ses services évolue en fonction de l'activité.

En fait, avec l'évaluation économique de chaque patient, le gouvernement vise à imposer aux médecins hospitaliers un équilibre financier, indépendamment des malades reçus. Les médecins gestionnaires vont donc être amenés à choisir des malades rentables au détriment des autres. Ils sont déjà poussés à « optimiser » le codage, c'est-à-dire à « gonfler » la gravité de l'état du patient pour alourdir la facturation à la Sécurité sociale, et ainsi obtenir une augmentation des recettes, sans service supplémentaire rendu au patient. Ce qui conduit, au final, à vider les caisses de la Sécurité sociale pour remplir celles de l'hôpital.

De plus, ce nouveau système prétendument efficace ne permet pas de savoir si les actes médicaux sont justifiés ou non. Il risque même de favoriser le développement des prescriptions inutiles mais rentables. Enfin, il ne prend pas en compte la qualité des soins. Des hospitalisations répétées mais courtes pour une même pathologie mal soignée seront plus rentables qu'une seule hospitalisation plus longue, avec des soins de qualité. Et cela ne relève pas de la caricature...

Ainsi, lors d'une réunion du Comité consultatif médical, on a entendu M. Louis Omnès, directeur du groupe hospitalo-universitaire est (GHU est) de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), se féliciter de l'augmentation de 3 % de l'activité du centre hospitalo-universitaire (CHU) Pitié-Salpêtrière. On peut se demander si le directeur de la Sécurité sociale se félicite également de cette hausse de 3 %, si les malades hospitalisés en sont heureux et si même ces 3 % correspondent effectivement à 3 % d'activité médicale utile au service des patients... Les médecins hospitaliers vont se trouver au centre d'un conflit éthique entre le juste soin, qui est leur devoir médical, et la rentabilité, qui devient leur mission. Malheureusement, cette réforme a été mise en place avec la collaboration active de quelques-uns d'entre eux et la résignation du plus grand nombre.

Pour arriver à ces résultats, les « décideurs » ont dû accentuer le pouvoir de l'administration, dont l'importance numérique ne cesse de croître : le nombre d'administratifs est passé de soixante et onze mille à soixante-quinze mille entre 1997 et 2001 (3), tandis que le nombre de médecins hospitaliers à plein temps stagnait autour de cinquante mille. La « contre-réforme » accentuera la tendance puisqu'il faut embaucher de nouveaux directeurs dont une partie du salaire est indexée sur les résultats financiers. Initialement, il était même envisagé que certains médecins gestionnaires bénéficient également d'une prime d'intéressement. L'ordre des médecins a dû publiquement rappeler que cette disposition était contraire à l'éthique médicale (4) !

De plus, une partie d'entre eux, devenus chefs de pôle, devront se consacrer, à mi-temps, à la gestion. Certains professeurs des CHU ne verront donc plus de malades. Enfin, tous seront désormais recrutés par le directeur de l'hôpital et non plus nommés par le ministre de la santé. Mesure symbolique destinée à asseoir la suprématie du pouvoir gestionnaire sur le pouvoir médical. Finalement, cette réforme libérale se révèle, au moins dans sa phase actuelle, une énorme machine bureaucratique « à la française » multipliant les niveaux de décision : l'AP-HP, qui en comporte cinq, bat tous les records.

Cela s'accompagne d'une modification des structures de base de l'hôpital. A la place des services regroupant les équipes médicales et paramédicales sont instaurés des « pôles » rassemblant plusieurs services, souvent sans aucune cohérence médicale. Ainsi, à la Pitié-Salpêtrière, est né un « pôle néphro-chirurgical » regroupant la maternité, l'urologie, l'orthopédie, la néphrologie, la chirurgie endocrinienne, la chirurgie digestive. Seuls des spécialistes en communication peuvent expliquer que ce pôle est centré sur le malade. La cohérence est d'abord et avant tout financière, permettant à terme la mise en commun de certains personnels (infirmières de salle d'opération par exemple) et surtout la suppression de postes de surveillante (cadres infirmiers).

Pour couronner le tout, les députés de la majorité ont confirmé leur volonté d'aller vers une tarification identique pour le public et le privé, avec un financement de l'hôpital public par le système T2A à hauteur de 50 % d'ici à 2008 et total en 2012. Le but est de mettre en concurrence les établissements... en comparant ce qui n'est pas comparable. Ainsi, dans les cliniques privées,

les honoraires médicaux ne sont pas pris en compte dans le calcul du coût des soins, contrairement aux salaires des médecins de l'hôpital public – et, depuis juillet dernier, la Sécurité sociale (c'est-à-dire les cotisations sociales payées par tout un chacun) prend en charge le montant des assurances de certains praticiens du privé. De même, dans les cliniques privées, les admissions sont presque toujours programmées et les examens faits au préalable, à l'extérieur, alors qu'à l'hôpital public 50 % environ des hospitalisations ne sont pas programmées, et donc plus coûteuses, les examens étant réalisés à l'hôpital même.

Si les établissements publics coûtent plus à la Sécurité sociale, c'est qu'ils n'ont pas les mêmes missions. Contrairement aux cliniques privées, l'hôpital assure les urgences 24 heures sur 24, ne sélectionne ni les malades ni les pathologies ; il demeure le recours pour les cas graves et permet seul de faire face aux épidémies comme le sida ou aux catastrophes comme la canicule. Il ne faut pas oublier que désormais la fin de vie a lieu à l'hôpital : 75 % des Français y décèdent. Tous les beaux discours sur l'« hôpital entreprise », les « gains de productivité » et le « travail à flux tendu » se heurtent à la réalité humaine, lorsque la technique s'efface devant les soins de confort et d'accompagnement, et quand la relation individuelle devient l'essentiel. En la matière, l'hôpital a des progrès à faire. Encore faut-il lui en donner les moyens.

Autre mission des hôpitaux publics : la formation initiale et continue de l'ensemble des soignants du pays, pas seulement la formation des élèves infirmières et infirmiers, et des étudiants en médecine, mais aussi celle des jeunes médecins et chirurgiens qui y acquièrent leur expertise avant d'exercer en ville ou en clinique privée. Enfin, contrairement aux cliniques privées, ils participent activement à la recherche. Pour ces missions de service public, il est prévu des enveloppes budgétaires distinctes (les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – Migac). Mais séparer les soins des missions de service public est artificiel car ils sont le plus souvent intégrés.

En vérité, les promoteurs de cette « contre-réforme » envisagent de passer à une seconde étape, avec obligation pour chaque hôpital et chaque pôle de maintenir l'équilibre financier entre les recettes et les dépenses, et si besoin de développer des « plans sociaux ». En effet, la masse salariale intervient pour plus de 70 % dans les budgets des hôpitaux. Elle doit devenir la « variable d'ajustement ». Un pôle ou un hôpital sera donc amené à fermer des activités, réduire son personnel, voire déposer son bilan. Cette pratique est incompatible avec le statut de l'hôpital public ? Qu'à cela ne tienne, on le modifiera en le transformant en établissement à mission de service public. La différence principale portera alors sur le statut des salariés, qui deviendront pour l'essentiel contractuels.

Dans son livre *L'Hôpital vu du lit* (5), M. de Kervasdoué estime qu'il faudra sûrement huit ans pour que la réforme atteigne son but avec la possibilité pour les hôpitaux de licencier. L'hôpital privé Saint-Joseph, à Paris, qui participe au service public, sert de modèle et de terrain d'expérimentation. Un « plan social » y prévoit la suppression de quatre cents postes non médicaux et de l'équivalent de vingt pleins-temps médicaux.

Bientôt l'entrée en Bourse ?

A en croire certains de ses partisans, la dernière étape de la réforme sera d'autoriser l'hôpital à « entrer en bourse » pour pouvoir, grâce à l'argent des actionnaires, « recapitaliser pour investir ». L'industrie des cliniques privées, en particulier la Générale de santé, qui possède cent cinquante cliniques en France et en Italie, l'a bien compris : elle a annoncé « *une augmentation de son chiffre d'affaires de 14,8 % en 2005 avec une croissance organique de 9,2 % nourrie en partie par la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A)* ». La Générale de santé envisage un progrès de son chiffre d'affaires de 20 % en 2006 et souligne que « *le cadre réglementaire évolue positivement avec la convergence des tarifs entre les secteurs public et privé (T2A) qui aura un effet positif pour la rentabilité dès 2006* ».

Le directeur de l'établissement privé d'Antony (Hauts-de-Seine), qui appartient à la Générale de santé, a expédié un courrier à dix mille médecins pour leur expliquer que, dans l'intérêt de la Sécurité sociale, il fallait qu'ils envoient leurs patients non plus à l'hôpital public mais à la clinique privée. Cette initiative a entraîné une protestation de la direction de l'AP-HP et de la Fédération hospitalière de France pour concurrence déloyale, toutes deux par ailleurs chaudes partisans du paiement à l'activité et de la « convergence public-privé ».

Pour achever cette réforme libérale, il ne restera plus qu'à mettre la Sécurité sociale, déficitaire, en « concurrence-complémentarité » avec les assurances privées, comme l'ont fait les Pays-Bas. Gageons que la mesure gagnera la France en passant par Bruxelles.

Ces choix sont publiquement justifiés par la nécessaire « adaptation à la modernité » à laquelle feraient obstacle le « corporatisme syndical » et le « pouvoir médical hospitalier réactionnaire ». De concert, ils entraveraient la collaboration entre les services, la mobilité et la polyvalence des professionnels « accrochés » à leurs statuts, l'absence de consultations à des horaires pratiques pour la population, la difficulté de joindre par téléphone les services et les médecins, la longueur des délais pour recevoir les comptes rendus d'hospitalisation... Même si toutes ces critiques sont vécues comme autant d'agressions par ceux qui se dévouent au service des patients, il faut reconnaître leur part de vérité et y remédier.

Cependant, certaines admonestations ne manquent pas de saveur, quand elles viennent d'un ancien ministre de gauche, M. Claude Evin, qui a voté la loi des 35 heures, dont les conditions d'application ont porté un coup fatal à l'hôpital public. Dans beaucoup de services, des postes ne sont pas pourvus ou sont assurés par du personnel intérimaire ou recruté avec des contrats à durée déterminée.

De même, c'est au nom de la sécurité des usagers que l'on a fermé un certain nombre de maternités ou d'hôpitaux de proximité, et que le rapport de M. Guy Vallancien (6) propose de fermer cent douze blocs opératoires. Une logique purement procédurale qui ne comporte aucune évaluation de la qualité réelle des soins effectués dans chacun des centres concernés et ne prend en compte ni la qualité, ni les coûts, ni même l'existence d'une offre de soins alternatifs. Ainsi, les pouvoirs publics peuvent être amenés à fermer un bloc opératoire réalisant près de deux mille actes chirurgicaux de bonne qualité par an, au profit de cliniques chirurgicales concurrentes pratiquant des dépassements d'honoraires...

Et, comble de l'ironie, c'est au nom de l'égalité des citoyens face au coût de la santé que la Haute Autorité de santé envisage de remettre en cause la prise en charge à 100 % pour les patients diabétiques sans complication médicale. Modernité, sécurité, égalité, qualité, tous les arguments sont bons pour démanteler.

Reste que l'organisation de l'hôpital public doit être revue pour répondre effectivement aux besoins des patients. Une politique du « toujours plus mais toujours pareil » serait vouée à l'échec (*lire « Des pistes pour changer »*). Un débat public devrait être impulsé pour savoir si nous sommes prêts à payer plus pour la santé quitte à réduire la voilure dans d'autres domaines. Si la réponse est négative, il faudra en assumer les conséquences : l'accès aux soins de qualité sera encore plus restreint pour certains, soit parce qu'ils seront exclus du système d'assurances (comme 45 millions d'Américains), soit parce que leur pathologie se trouvera hors assurances.

(1) Au même niveau que celui de pays comparables tels que l'Allemagne, la Suisse, le Canada ; en dessous des Etats-Unis (15 %) et au-dessus du Royaume-Uni (8 %).

(2) Jean de Kervasdoué, *L'Hôpital*, Presses universitaires de France (PUF), coll. « Que sais-je ? », Paris, 2004.

(3) Gérard Cornilleau, rapport de l'Observatoire français des conjonctures économiques 2004 pour l'Assemblée nationale, www.ofce.sciences-po.fr

(4) Cf. les déclarations du conseil de l'ordre : www.conseil-national.medecin.fr

(5) Jean de Kervasdoué, *L'Hôpital vu du lit*, Seuil, Paris, 2004, p. 132.

(6) Guy Vallancien, « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », rapport pour le ministère de la santé, Paris, 3 avril 2006.

Des pistes pour changer

Par **ANDRÉ GRIMALDI ET JOSÉ TIMSIT**

Chef du service de diabétologie-métabolisme du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris).

Professeur de médecine interne à l'hôpital Cochin (Paris).

Sortir de la crise de l'hôpital suppose des changements en profondeur. Impossible ici de développer un projet de rénovation. Tout au plus peut-on pointer un certain nombre de principes. Le premier d'entre eux est de garantir l'indépendance médicale vis-à-vis de l'administration. Cela ne veut pas dire que les médecins n'ont pas à justifier leurs prescriptions. Mais cela devrait se faire dans le cadre d'une évaluation nationale qualitative à partir de critères fixés, spécialité par spécialité, par les professionnels eux-mêmes. Les résultats de cette évaluation devraient être rapidement accessibles à tous les citoyens.

De même, une meilleure prise en charge du malade – plus globale – impose deux grands changements dans l'organisation : d'une part, une imbrication structurelle des unités de soins, avec, par exemple, la présence d'un médecin spécialiste des maladies métaboliques (diabète, hypercholestérolémie) dans le département de cardiologie et vice versa ; d'autre part, la constitution de réseaux de soins ville-hôpital généraliste, prenant en charge les malades chroniques. Le traitement des malades chroniques (diabétiques, hypertendus, dialysés, artéritiques, cardiaques, asthmatiques, insuffisants respiratoires, rénaux et hépatiques, polyarthritiques, sidéens, greffés, toxicomanes...) nécessite un travail d'équipes pluriprofessionnelles, la définition de filières de soins assurant une hiérarchisation de la prise en charge en fonction de la gravité de la pathologie, la mise en place d'un paiement forfaitaire ou à la vacation à la place du paiement à l'acte...

Ces réformes poussent à revoir la définition du travail des infirmières en créant des postes d'infirmières cliniciennes spécialisées, aptes à effectuer des tâches médicales par délégation et travaillant en collaboration avec les médecins. Enfin, le financement des hôpitaux publics doit être désaccouplé de celui des cliniques privées, avec un abandon du système de paiement à l'acte T2A, remplacé par un budget évolutif et une évaluation médico-économique également évolutive. A la place des « pôles de gestion » pourraient être envisagés des regroupements d'unités de soins et de recherche. De toute évidence, la diversité des projets et des missions spécifiques pousse à finir avec un modèle unique d'organisation des hôpitaux pour aller vers plus d'autonomie, sans remettre en cause le statut de l'institution.