

La souffrance de l'hôpital public

Pr Emmanuel HOUDART, chef de service de Neuroradiologie, Hôpital Lariboisière, Paris

Que dire concernant le mal-être des soignants à l'hôpital public qui n'ait déjà été dit. Sans parler des situations tragiques des suicides hospitaliers, je pense que le malaise des médecins et du personnel soignant des hôpitaux publics est général et si je devais le résumer d'un mot j'utiliserais celui de déconsidération. Déconsidération pour leur travail, leur fonction, leurs responsabilités.

Je travaille à l'hôpital public depuis trente-cinq ans et je peux précisément dater l'état d'esprit actuel des médecins hospitaliers à l'entrée en vigueur de la loi Bachelot en 2008. C'est de ce moment que nous sommes passés du statut de médecin à celui de *producteur de soins*. Tout ce que ce métier comportait de respecté et de respectable a été gommé par la quête de la rentabilité et si nous pouvons encore trouver une valeur à notre engagement, ce n'est plus qu'à nos propres yeux.

Ceci est le résultat conjugué d'une double réforme : celle du mode de financement des hôpitaux et celle de leur gouvernance.

Le financement d'un hôpital repose depuis dix ans sur la rémunération des actes qu'il a effectués, ce qu'on appelle la tarification à l'activité ou T2A.

Tout le monde pourrait se dire : quoi de plus normal ? C'est le principe de la juste rétribution en fonction du travail accompli. Qu'est-ce que ce système comporte donc de pervers appliqué à la médecine ?

D'une part, il n'est bien adapté qu'aux actes techniques ponctuels, chirurgicaux ou interventionnels mais il l'est déjà moins pour le traitement des pathologies chroniques comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque et il ne l'est plus du tout pour la prise en charge des urgences et de la précarité.

D'autre part, en ne considérant même que les actes techniques, le système de la T2A a transformé chaque patient en un client pour les établissements de santé que ceux-ci soient publics ou privés. Les administratifs ont d'ailleurs inventé un néologisme qui résume bien les choses en parlant de « patientèle ». Et les médecins sont enjoins d'augmenter leur « patientèle » en prenant des « parts de marché » aux autres établissements. C'est ainsi que nous recevons de façon trimestrielle des courriels définissant une « cible » correspondant à l'augmentation d'activité jugée nécessaire pour parvenir à un retour à « l'efficience ». Nul ne sait d'ailleurs quelle est la mesure étalon de cette efficience : vient-elle d'une comparaison de l'état des finances d'une structure privée qui ne

fonctionnerait que pour certains actes chirurgicaux, est-elle tirée d'une moyenne des coûts entre différents hôpitaux publics ?

Si la « cible » n'est pas atteinte, et elle ne l'est jamais, l'hôpital est soumis à une restructuration c'est-à-dire à des fermetures de lits, une réduction de son personnel soignant et de ses investissements, ce qui aggrave encore sa situation car la demande, elle, ne baisse pas. Dans la mesure où tous les hôpitaux publics sont en déficit, on peut se dire que « si c'est tout le monde, c'est personne » c'est-à-dire que le retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics est un leurre dans le système de la T2A et dans l'organisation actuelle des soins en France.

Qu'on me comprenne bien : nul ne conteste que la santé ait un coût et chacun comprend que les dépenses médicales doivent être à l'équilibre avec les entrées financières lesquelles dépendent des cotisations sociales. Chacun comprend aussi que la durée de séjour se raccourcissant sans cesse pour les actes techniques, des restructurations hospitalières sont nécessaires, allant vers une reconversion des lits aigus vers des lits de moyen et long séjour.

Mais la question essentielle est de savoir si la gestion de la santé peut être soumise aux mêmes lois que celles qui s'appliquent aux entreprises qui produisent des biens de consommation courants ?

Votre corps, votre être, peuvent-ils devenir un enjeu économique que se disputent des établissements concurrents ? Question morale qui est sans doute à l'origine d'une partie du malaise des soignants.

Cette concurrence heurte les fondements mêmes de l'éthique médicale. En considérant les autres établissements comme des concurrents, dois-je dissimuler mon savoir aux jeunes en formation, ce qui est demandé à des employés d'une société commerciale vis-à-vis de ses concurrents ? En transmettant mon savoir, ce que me prescrit le serment d'Hippocrate, je donne finalement des armes à de futurs concurrents et je scie la branche sur laquelle je suis assis ! Pour gagner des parts de marché, dois-je faire de la publicité pour mon service et le cas échéant laisser entendre aux patients que je fais mieux que mes concurrents (qui jusqu'à nouvel ordre étaient des confrères) ?

Evaluer le fonctionnement d'un hôpital ou d'un service à l'aune de la seule quantité des actes qu'il produit est un non-sens. En médecine, le critère de qualité est évidemment celui qui prime sur tous les autres. Mais qu'est-ce que la qualité ?

La qualité en médecine n'est et ne sera jamais que l'atténuation de la souffrance et l'augmentation raisonnable de la longévité d'un patient. En chirurgie et dans tous les actes interventionnels, la qualité c'est d'abord la juste prescription de l'acte, puis sa réalisation correcte, enfin l'évaluation à

distance de son résultat. Rien de tout ceci n'est pris en compte actuellement. Pour l'illustrer, je prendrai l'exemple des anévrismes cérébraux que l'on découvre de plus en plus fréquemment de façon fortuite sur des scanners ou des IRM. Nous savons avec presque certitude que la plupart d'entre eux – lorsqu'ils sont de petite taille - ne requièrent qu'une simple surveillance radiologique car le risque auquel ils exposent le patient est nul alors que nos traitements peuvent être source de complications neurologiques.

J'applique cette règle et ce faisant je réduis mon activité opératoire ; et je le fais avec fierté car je sais que je rends service à mes patients en m'abstenant de les opérer. Cependant, chacun de mes refus se traduit par une perte de onze mille euros pour mon hôpital, ce qui frustre bien sûr ma direction financière. Les centres qui traitent les anévrismes sans se soucier de leur taille reçoivent les encouragements de leur direction même si cette attitude se traduit par un coût de plusieurs milliers d'euros pour l'assurance maladie et surtout un certain nombre de patients handicapés. Mais qu'importe le coût humain et financier ? Ce qui compte c'est que la machine fonctionne pour elle-même !

Et nous sommes tous enrégimentés dans la construction d'un nouveau pont de la rivière Kwai, une situation où les moyens mis en œuvre font oublier la fin.

Comble de l'absurdité, la somme attribuée à la prise en charge d'une pathologie décroît si le nombre d'actes excède la quantité prévue par la loi de financement des dépenses de santé.

Nous avons donc un système schizophrène qui incite à l'échelon national (celui des députés) à réduire les dépenses de santé donc le nombre d'actes réalisés et qui, dans le même temps, organise à l'échelon local c'est-à-dire dans chaque hôpital un mode de financement inflationniste. Chaque directeur d'hôpital harangue les médecins comme Torrez dans ses discours d'après-guerre avec son : « produisez, produisez, produisez ! ».

Pour être mise en œuvre, la T2A avait besoin que l'hôpital devienne une entreprise, avec un gestionnaire, le « seul patron » comme disait Mr Sarkozy. Et il fallait lui donner les moyens de gérer son entreprise, en s'attaquant d'abord au « pouvoir médical ». C'est ce qui a été mis en œuvre par la loi Bachelot.

Que dit cette loi ? Le directeur est « le seul patron », les chefs de service n'ont plus aucun pouvoir sauf celui de recevoir les plaintes des patients et les injonctions des directeurs. Les services sont regroupés en pôle, attelage baroque sans queue ni tête mais qui autorise la rotation des infirmiers, leur flexibilité. Une infirmière de neurochirurgie, entraînée à s'occuper d'un patient porteur d'une valve de dérivation du LCR pourra être affectée en service d'ORL ou l'inverse.

Cette loi a méprisé la notion d'équipe médicale.

Elle a créé des castes et des conflits de castes. Administratifs contre médecins, cadres infirmiers contre médecins, médecins contre médecins. Les chefs de pôle désignés par le directeur ont un pouvoir arbitraire sur leurs collègues. Du jour au lendemain, un confrère qui occupait des fonctions identiques aux miennes est devenu un supérieur hiérarchique auquel je dois rendre des comptes ou dont je peux essayer le cas échéant l'attitude paternaliste.

Finalement, pourquoi ces réformes ? La restructuration de l'hôpital public devait-elle nécessairement passer par la T2A ? L'origine de tout ceci se trouve pour moi dans le mythe de la main autorégulatrice du marché. Un bon hôpital sera à l'équilibre financier en produisant plus parce qu'il gagnera plus et ce faisant, il améliorera la santé de la population à moindre coût. C'est, appliqué à la médecine, la formule d'Adam Smith : « pour avoir du pain, je fais plus confiance à l'égoïsme de mon boulanger qu'à son altruisme ». Mais n'est-ce pas exactement la qualité inverse que l'on peut espérer d'un médecin à savoir que son altruisme prévale sur son égoïsme ?

Il faut souligner d'ailleurs que si la libre concurrence en médecine était la solution, il faudrait supprimer les agences régionales de santé (ARS) qui sont une émanation directe de l'état, et qui ont autorité pour créer ou fermer des structures de soins.

On peut se demander quel sera bientôt l'intérêt d'un médecin à garder un statut de praticien à l'hôpital public dans ce système ? Ne sera-t-il pas préférable pour lui d'opter pour une activité libérale où il sera payé à l'acte par un établissement de santé ? N'avancions-nous pas vers un mode de fonctionnement où chacun d'entre nous, médecin hospitalier, deviendra auto-entrepreneur ? Quid alors de la notion d'équipe médicale ? Quid de l'enseignement, de l'innovation, de la recherche ?

Il est plus qu'urgent de tenir des assises de la santé pour redéfinir l'organisation des soins sur le territoire et le mode de financement de l'hôpital. Les médecins, les enseignants, les administratifs mais aussi les associations de patients doivent y participer.

Car si la médecine est une technique, la santé, elle, n'est pas une affaire d'experts.