

DOSSIER SPÉCIAL

L'hôpital en révolution



Supplément au n° 199 septembre - octobre 2007
Ne peut être vendu séparément.

SOMMAIRE

ÉDITO

Une réforme technocratique et libérale II

PLAN D'INVESTISSEMENT

Moderniser l'hôpital III

OFFRE DE SOINS

La concentration à l'œuvre V

SANTÉ PUBLIQUE

Penser l'ouverture de l'hôpital à la ville VII

TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Où va l'hôpital public ? IX

PÔLES D'ACTIVITÉS

Prise en charge globale ou gestion de la pénurie ? XI

Une réforme technocratique et libérale

Rénovation des équipements et des bâtiments, c'est ce que permet le plan d'investissement baptisé "Plan Hôpital 2007-2012". Mais au-delà d'une modernisation des infrastructures, il est pour le gouvernement l'occasion de refonder le projet hospitalier. Le nouveau mode de financement de l'hôpital, qui a vu muer la dotation globale en tarification « à l'activité », introduit une logique de marché qui ne prend guère en considération les contraintes de service public et conduit à une sélection des activités rentables si ce n'est des patients. En interne, l'intégration des services dans des pôles d'activité à multiples paliers de décision cache une nouvelle concentration des pouvoirs, sous un objectif de recentrage autour du patient. La planification régionale des soins vise une graduation de l'offre. Au sommet, l'établissement à plateau technique se voit réserver tous les soutiens, au détriment des petites structures de proximité.

Ce cahier spécial « L'hôpital en révolution » est un supplément au *Journal du sida* n° 199, septembre - octobre 2007, édité par Presscode pour Arcat (association membre du Groupe SOS) avec le soutien de la direction générale de la Santé.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Jean-Marc Borello (jmb@groupe-sos.org) • DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : Gilles Dumoulin (gd@presscode.fr)
CONSEILLÈRE DE LA RÉDACTION : Anne Guérin (anne.guerin@groupe-sos.org) • RÉDACTION (journal@arcat-sante.org), 26, La Canebière - 13001 Marseille • COORDINATRICE : Juliette Troussicot (juliette.troussicot@groupe-sos.org) Tél. : 01 44 93 29 19 • SECRÉTAIRE DE RÉDACTION : Magali Jourdan (magali.jourdan@presscode.fr) • DIRECTEUR ARTISTIQUE : Rémi Balligand • MAQUETTE : Loïc Beillet • DOSSIER RÉALISÉ PAR Laetitia Darmon, Marianne Langlet, Sylvie Malsan • IMPRESSION : Imprimerie Nouvelle, Groupe Jouve, 45800 Saint-Jean-de-Braye COMMISSION PARITAIRE n° 1007 H 82309 • ISSN : 1153-0863. Dépôt légal à parution • Les articles et graphismes du *Journal du sida* sont la propriété exclusive de Presscode. Arcat est une association Loi de 1901. 94-102, rue de Buzenval, 75020 Paris.
WWW.ARCAT-SANTE.ORG • WWW.GROUPE-SOS.ORG

PLAN D'INVESTISSEMENT



Photo : Marianne Langlet (travaux à l'Hôpital Pitavet Suppénière de Paris).

Moderniser l'hôpital

Mis en œuvre en 2003 par le gouvernement Raffarin, le plan Hôpital 2007 s'est vu prolonger jusqu'en 2012, compte tenu de nouveaux besoins. Encouragé par l'Etat pour rénover les infrastructures hospitalières et réformer le mode de gestion et l'organisation interne des établissements, ce plan d'investissement a vu le jour dans le cadre d'une planification simplifiée des activités de soins, en particulier au niveau régional.

Le plan Hôpital 2007-2012 repose sur un appareil juridique complexe qui trouve sa source dans les deux ordonnances du 4 septembre 2003 et du 2 mai 2005 ⁽¹⁾. La première étape a consisté à simplifier le dispositif de planification sanitaire en conservant comme seuls outils les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Sont ainsi

supprimés la carte sanitaire – et ses indices qui limitaient le nombre de lits et d'équipements autorisés – et les autorisations préfectorales pour les activités, les lits et les équipements ⁽²⁾. Pour faciliter une offre de soins dans des structures d'hospitalisation ambulatoire, à temps partiel ou à domicile, disparaît également le taux de change qui indiquait un

nombre de lits à fermer pour créer des places alternatives.

Enfin, la coupure artificielle entre le somatique et le psychique s'efface devant la création d'un volet psychiatrique obligatoire et l'intégration du schéma régional de psychiatrie dans le SROS. Les soins palliatifs en deviennent également un thème obligatoire du SROS. Voilà pour le travail initial





Le plan hôpital 2007 prévoyait 6 milliards d'investissement sur 5 ans. Les ARH ont présenté un plan de 10,2 milliards d'investissement sur 937 opérations. Fin 2006, le taux d'avancement moyen est de 60%.

Photo : Marianne Langlet

➤ de nettoyage d'un dispositif devenu hétéroclite et inefficace.

« Architecture territoriale »

En complément de ces premières mesures, Hôpital 2007 a souhaité encourager le développement des groupements de coopération sanitaire, une forme juridique susceptible de faciliter les collaborations entre les établissements de statut public et privé, et entre l'hôpital et la médecine de ville. Les réseaux de santé sont d'ailleurs incités à adopter cette formule, pourtant moins souple à tous égards que la forme "association loi 1901". En réalité, Hôpital 2007 s'attarde peu sur cette question, laquelle prend toute sa mesure dans le prolongement du plan Hôpital 2012. La dimension territoriale du SROS y est plus affirmée et le secteur sanitaire est définitivement remplacé par la notion de « territoire de santé », inspirée du rapport du Pr Vallancien⁽³⁾ et reprise dans la circulaire du 5 mars 2004 sur les SROS de 3^e génération. En clair,

cela se traduit par « la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques », qui confirme la suprématie de ceux-ci et amoindrit ou fait disparaître les petites structures de proximité, en dépit de l'objectif affiché de les préserver ou de les développer [cf. articles pages V et VII].

Gestion tarifaire

L'autre mesure-phare du plan est le passage à la tarification à l'activité, dite T2A. Ce système vient se substituer progressivement, d'une part à la dotation globale de financement des hôpitaux (publics et privés participant au service public), d'autre part au système de tarification forfaitaire lié aux actes dans les cliniques privées. Les pouvoirs publics se sont engagés à harmoniser les deux modes de financement⁽⁴⁾. Il s'agit ici de stabiliser le

sa mission de service public – et risque de conduire à sélectionner les patients [cf. article page IX].

Nouvelle gouvernance interne

Le troisième volet de modernisation de l'hôpital s'appuie sur l'ordonnance du 2 mai 2005. Son but a été de revoir entièrement l'organisation interne de l'hôpital, de manière en particulier à mieux l'adapter aux contraintes de la réduction du temps de travail. Il a été décidé de généraliser les pôles d'activités dont la « masse critique » permet de décloisonner les services en se recentrant sur le patient. Les pôles ne mettent pourtant pas les personnels à l'abri de nouveaux stress, dus à une mobilité imposée entre services. Dirigés par des praticiens, ils présentent aussi un risque de forte concentration des pouvoirs [cf. article page XIII].

Enfin, Hôpital 2012 a prévu des investissements supplémentaires pour une mise aux normes des bâtiments (avec des critères de qualité environnementale) et une mise à niveau du système d'information hospitalier, en doublant les dépenses relatives à ce poste, qui passerait ainsi de 1,7 % à 3 % des charges. Ce dernier objectif a pris beaucoup de retard [voir JDs n° 197]. ■

Sylvie Malsan

Cette réforme (...) prend trop peu en considération les contraintes spécifiques de chaque hôpital (...) et risque de conduire à sélectionner les patients.

déficit de l'assurance-maladie. La T2A doit en effet permettre de « dynamiser les structures de soins publiques » en responsabilisant les acteurs et en développant les outils de contrôle de gestion. Cette réforme est annonciatrice d'un changement majeur dans lequel de nombreux acteurs estiment que la T2A prend trop peu en considération les contraintes spécifiques de chaque hôpital – liées notamment à

(1) Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. En savoir plus : Jean-Marie Clément, Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière, Les Etudes hospitalières, 2005.

(2) Les autorisations sont désormais du ressort unique de l'agence régionale de l'hospitalisation et délivrées pour 5 ans, soit la durée du SROS.

(3) « Cette architecture territoriale reposerait sur la création d'un nouvel espace [le territoire de santé] inspiré du secteur sanitaire [...] », Rapport du Pr Guy Vallancien, secrétaire national du Conseil national de la chirurgie, sur « l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics de France », 2006.

(4) Les activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) – enseignement, recherche, innovation médicale, soins aux détenus – sont financées selon un mode de gestion plus adapté.

OFFRE DE SOINS

La concentration à l'œuvre

La réorganisation des soins sur le territoire s'accompagne de la fermeture ou de la transformation des structures de proximité. Elles sont amenées à devenir des échelons sur une graduation des soins vers le plateau technique, pivot de l'offre de soins.

Le plan Hôpital 2007 est d'abord un plan d'investissement, mais ses choix de financements engendrent une réorganisation des soins sur le territoire. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération, proposés par les agences régionales d'hospitalisation (ARH) – désormais pilotes de la réorganisation – s'inscrivent en partenaires du plan Hôpital 2007. En effet, ils planifient sur cinq ans des objectifs de mission des établissements présents sur les « territoires de santé »⁽¹⁾, définissent les implantations de plateaux techniques, les coopérations public/privé, les éventuelles fermetures et fusions, en fonction des besoins de santé d'un bassin de population. Sur le terrain, cette réorganisation est loin d'être homogène, les disparités régionales sont importantes et la mode est, dans un contexte de mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire, à la concentration.

Concentration

« Il est évident qu'il vaut mieux être opéré par un chirurgien qui connaît parfaitement votre pathologie plutôt que par un médecin qui aurait reçu une formation de chirurgie générale », souligne Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier. D'ailleurs, la chirurgie générale n'est plus enseignée, il existe désormais une dizaine de spécialités. Dans ce contexte, la concentration des professionnels est une évolution inévitable. Pourquoi, alors, maintenir des services de chirur-

gie que tout le monde fuit car la sécurité et la qualité des soins n'y sont pas assurées ? Dans son rapport sur la chirurgie⁽²⁾, le professeur Guy Vallencien, chef du département d'urologie à l'institut Montsouris à Paris, définit une limite de 2 000 opérations par an au-dessous de laquelle la question de la fermeture d'un service de chirurgie serait posée. André Grimaldi⁽³⁾, chef du service endocrinologie-diabétologie de la Pitié Salpêtrière, juge la limite arbitraire et estime qu'il aurait fallu une véritable évaluation du service en termes de qualité et de sécurité des soins, évaluation qui devrait également être faite pour les cliniques privées et pour chaque chirurgien, car la quantité n'est pas forcément gage de qualité.

La concentration est désormais une réalité. « Nécessaire vu l'évolution des techniques, elle doit cependant impérativement s'accompagner d'une déconcentration vers des structures de proximité », juge Jean-Marie Devevey, chargé de mission santé à la Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT). Dans cet objectif, les hôpitaux de proximité et les petites maternités ont été, en grande partie, réorganisés respectivement en hôpitaux locaux pour les soins de suite et en centres périnataux de proximité. Le soin « technique » en lui-même (l'accouchement, l'opération) a lieu dans le grand centre hospitalier du département. Il y a désormais, par exemple, huit départements en France où il n'existe plus qu'une maternité. « Lors-

qu'un patient est soigné sur un plateau technique très performant et qu'il doit rentrer chez lui à 120 kilomètres, il faut qu'il y ait localement un soutien, des soins de suite », souligne Jean-Marie Devevey. Un besoin d'autant plus évident face aux maladies chroniques – de plus en plus courantes – qui nécessitent justement plus de proximité et d'accompagnement. Or, l'effort de déconcentration en compensation n'a pas été suffisant et surtout, souligne Emmanuel Vigneron, « les financements à long terme ne sont pas assurés. » A ses yeux, trop de concentration nuit au soin. « S'il faut faire beaucoup de kilomètres pour arriver aux soins, on ne les fait pas »... ou trop tard.

La proximité ou l'hélico ?

L'ARH a pour tâche de graduer l'offre de soins sur un territoire. En principe, les premières structures d'urgence ne doivent pas être situées au-delà de 30 minutes de route partout en France. Cette première plate-forme doit ensuite « trier » les patients pour évacuer les soins lourds vers le plateau technique. Face à une urgence vitale, le transport par hélicoptère est la solution à développer selon les ordonnances du ministère de la Santé. « La France est très en retard sur le développement de ce transport, il faut que les hélicoptères puissent voler la nuit, par exemple, et ce n'est pas le cas de tous », estime Andrée Barreateau, adjointe au délégué général de la Fédération hospitalière de France.

En outre, certaines régions sont sous-équipées ou bien les hélicoptères sont utilisés à d'autres fonctions. Par consé-



quant, beaucoup restent à quelque trois quarts d'heure de route de toute structure de prise en charge et la concentration actuelle accentue le phénomène. « *Il existe des endroits en France où une femme doit désormais faire plus de 45 minutes de voiture*



Photo : iStockphoto.

L'ARH organise la répartition des soins en tenant compte tant de l'offre publique que privée (...) mais le réveil peut parfois être douloureux pour les finances du patient.

pour arriver à la maternité », rapporte Françoise Nay, membre du bureau de la Coordination nationale de défense des hôpitaux et maternités de proximité. En Haute-Loire, la maternité de Brioude a fermé ses portes, pour devenir un centre périnatal de proximité

qui propose une préparation à l'accouchement et des soins de suite pour le nourrisson. Les femmes de la région accouchent désormais en majorité à Issoire, situé à une trentaine de kilomètres de Brioude, certains petits villages des alentours sont, dès lors, à plus d'une cinquantaine de minutes. La sage-femme du centre observe une augmentation du nombre des accouchements à domicile mais aussi en urgence, au centre, parce que les femmes n'ont pas eu le temps d'atteindre la maternité. « *Jusqu'à présent, tout s'est bien passé* », révèle-t-elle avec soulagement.

La bourse ou la vie ?

Dans le cadre d'une urgence médicale, le patient peut être transporté vers une clinique privée. L'ARH organise en effet la répartition des soins, en tenant compte tant de l'offre publique que privée. Un service équivalent ? Peut-être sur le plan de la qualité des soins, mais le réveil peut parfois être douloureux pour les finances du patient. En effet, de nombreux exemples de dépassements d'honoraires ont été observés et marquent les limites de cette coopération. Ainsi, à Nevers, par exemple, seule une clinique privée propose des soins en urologie – il n'y a plus d'offre publique – et maintient ses honoraires en secteur 2. La ministre de la Santé a intimé l'ARH de faire cesser cette pratique, mais s'il est possible de faire pression sur la clinique, il est difficile de contraindre des chirurgiens libéraux, nullement soumis à l'ARH, mais sous contrat privé avec la clinique.

Et puis, si les cliniques se plient à recevoir les urgences en secteur 1, il n'est pas rare que le suivi des soins soit facturé en secteur 2. Enfin, quels soins sont soumis au secteur 1 ? Est-ce que la péridurale, facturée à 150 euros de dépassement à la maternité privée d'Ivry par exemple, doit être prise en charge ? Pourtant, le plan Hôpital 2007 a investi de l'argent

public dans les cliniques privées en contrepartie d'une offre de service public à la population. Ainsi, à Ivry, l'ARH a choisi d'investir dans une maternité privée, la maternité publique étant amenée à fusionner avec une maternité de niveau 3 à Bicêtre. Le résultat de l'investissement devait être une augmentation du nombre d'accouchements, dans un bassin de population qui note un déficit de prise en charge de 3 000 naissances par an, et l'accroissement du nombre de lits de néonatalité. Ces transformations n'ont, pour l'instant, pas eu lieu.

Pour Emmanuel Vigneron, il n'est pas possible de demander aux cliniques privées de jouer le rôle du public. « *Ce sont des entreprises privées, elles sont soumises aux lois du marché sinon elles font faillite.* » D'ailleurs, la répartition de l'offre de soins privée et publique le montre bien. « *Ces dernières années, la chirurgie publique a nettement diminué au profit du privé, à tel point que la chirurgie sera à terme entièrement privée. En revanche, l'obstétrique est de plus en plus publique parce qu'elle n'est pas rentable.* » Plus que tous les schémas d'organisation et les objectifs des ARH, la restructuration de l'offre de soins est là, bien en marche. Une restructuration silencieuse qui pourrait à terme transformer de fond en comble notre système de santé. ■

Marianne Langlet

(1) Les territoires de santé remplacent les secteurs sanitaires. Ils sont définis sur quatre niveaux et correspondent aux besoins de santé d'un bassin de population selon les réalités locales et non les découpages administratifs. Il existe donc des territoires de santé de premier recours, des territoires de proximité, des territoires de plateaux techniques et des territoires régionaux.

(2) L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, 3 avril 2006 : <http://www.snphar.com/news/stock/RapportchirurgieAvril2006.pdf>

(3) Guy Vallencien est également l'un des rapporteurs de la mission Hôpital 2007, l'auteur de La santé n'est pas un droit aux éditions Bourin, 2007.

(4) André Grimaldi, Réinventer l'hôpital public, contre l'hôpital entreprise. Ed. Textuel, janvier 2005.

SANTÉ PUBLIQUE

Penser l'ouverture de l'hôpital à la ville

Le plan 2012 invite l'hôpital à se préoccuper de son territoire, sans que cet objectif soit financé. Sur le terrain, les acteurs se sont déjà organisés. Mais avec quelle visibilité et quel soutien à terme ?

Pour bien comprendre les « *impensés* » de la réforme hospitalière et l'impact qu'ils auront sur le patient, il est nécessaire de revenir sur le contexte dans lequel celle-ci s'inscrit : chronicisation des pathologies (cancer, diabète...), polyopathologies fréquentes dues à l'allongement de la vie, mais aussi précarité sociale grandissante qui accroît les difficultés d'accès aux soins. Dans tous les cas, cela implique à la fois une meilleure continuité des soins entre l'hôpital et la ville et un lien fort entre les secteurs médical et social.

Parallèlement, les difficultés financières de l'hôpital et les contraintes imposées par la tarification à l'activité vont dans le sens d'une diminution des consultations consacrées à des activités non valorisées et d'un transfert croissant de ces consultations vers la ville. « *L'hôpital n'est rien sans la ville et son devenir dépendra de ses relations avec les autres acteurs impliqués dans la santé des populations du territoire* »⁽¹⁾, proclamait récemment François Crémieux, chef du service de budget des hôpitaux (AP-HP). En d'autres termes, l'hôpital doit s'ouvrir à son territoire. C'est du reste ce que le ministre de la Santé a déclaré lors de sa présentation du plan Hôpital 2012 : « *L'hôpital de demain, c'est un hôpital plus adapté et plus ouvert sur son territoire de santé* »⁽²⁾.

La formule est certes séduisante, mais que signifie-t-elle et surtout, à quoi engage-t-elle ? Où trouve-t-on dans la réforme les mesures de mise en œuvre de cette articulation de l'hôpital avec son territoire et avec la médecine de ville ? Certes pas dans le ➤➤

INTERVIEWS

« Réfléchir à un projet plus vaste »

L'ouverture de l'hôpital à la ville est une question qui en soulève d'autres, tout aussi impérieuses. Des acteurs locaux témoignent ici de leurs actions au quotidien.

Quel doit être le rapport de l'hôpital avec son environnement proche ?

Laurent El Ghazi, chef des urgences de l'hôpital de Nanterre et maire adjoint de la ville

« L'hôpital doit être au service de la population des quartiers qui l'entourent. Le plan Hôpital 2012 invite pour la première fois l'hôpital à se préoccuper de son environnement, ce qui est positif. Mais cette idée reste incantatoire car elle n'est pas suivie d'incitation financière alors qu'elle aurait pu être un axe fort des missions d'intérêt général (MIGAC). La tarification à l'activité encourage les activités rentables et non la prise en charge de la santé des habitants. Dans le comité de pilotage du SROS⁽⁵⁾ Ile-de-France, il y a deux élus locaux (dont je suis) qui introduisent des questions de santé publique à l'ordre du jour. Mais le SROS, dont le rôle est d'organiser l'offre de soins et d'hospitalisation, n'est pas articulé avec le GRSP⁽⁵⁾, qui s'intéresse à la santé de la population. Comme ce lien entre le SROS et le GRSP n'est pas fait, ce qui n'est pas fait, c'est aussi l'articulation entre l'hôpital et la ville. A Nanterre, nous venons de créer un observatoire qui recueille les données socio-économiques et de santé de la population. Cette information est nécessaire pour connaître les besoins et les moyens des habitants qui viennent à l'hôpital. Mais les praticiens ou l'administration hospitalière ne s'y intéressent pas, ils n'y sont pas incités. »

Que faire face au constat actuel de l'engorgement des services d'urgence ?

Marie Lefranc, coordinatrice, atelier santé-ville (ASV) de Marseille

« Les quartiers nord, c'est à Marseille quatre arrondissements et 220 000 habitants. La médecine de ville est peu accessible à une population guère habituée au cabinet médical. Deux expériences intéressantes de maillage entre médecines de ville et hospitalière existent sur ce territoire. Dans le 13^e, l'hôpital militaire Lavéran a créé une consultation de médecine générale. Installée aux urgences, elle accueille les patients ayant des besoins non urgents et permet ainsi de désencombrer les services d'urgence. Dans le 15^e, une maison médicale de garde a été ouverte à proximité des urgences de l'hôpital Nord. Elle accueille également des patients pour des soins non urgents. Ces expériences partenariales ont été présentées dans le cadre des réunions sur l'accès aux soins qu'animent les ateliers santé ville de Marseille auprès d'une soixantaine de professionnels. L'objectif est de valoriser ce type d'approches, tout en en montrant les limites : coût, nouvelle tarification hospitalière, insuffisance d'une culture commune. » ➤➤



plan Hôpital 2007, et à peine dans son prolongement pour 2012. Celui-ci a vocation à accompagner les SROS de 3^e génération, dont l'un des objectifs est « *d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité* ». Mais il ne contient aucune mesure financière de nature à inciter le milieu hospitalier et la ville à s'organiser en conséquence.

Lier l'offre de soins et la santé publique

Or, la question « *santé et territoire* » est aujourd'hui une véritable préoccupation. Elle est bien souvent prise à bras-le-corps par des élus locaux résolus ⁽³⁾ et par des acteurs institutionnels, politiques ou associatifs qui ont la volonté de décroiser leurs propres démarches [voir ci-contre]. Pourtant, cette question reste traitée séparément de l'offre hospitalière. Un an après la décision officielle de généraliser les ateliers santé-ville, il semble que certains conseillers du gouvernement aient envisagé de les supprimer et de transférer ces crédits sur les maisons médicales de garde. L'association Elus santé publique & territoires, présidée par Laurent El Ghazi, a manifesté son inquiétude vis-à-vis d'une décision « *aux conséquences dramatiques pour la santé des catégories sociales les plus démunies* » ⁽⁴⁾. Supprimer les premiers au profit des seconds, c'est en effet ne pas comprendre que l'accès aux soins dépend pour beaucoup du travail de coordination, réalisé en amont par les acteurs d'un territoire pour repérer les besoins de santé de la population, en fonction de ses caractéristiques (population âgée...), de ses moyens (revenu, droits sociaux...) et des structures de soins existantes. Et donc que la question de l'offre de soins doit se voir aborder dans le cadre global de la santé publique. ■

Sylvie Malsan

La médecine de ville est-elle prête à accueillir tous les patients ?

Hugo Tiffou, coordinateur, ASV de Marseille

« Les personnes n'ayant pas de droits ouverts ou titulaires de la CMU et de l'AME essuient parfois des refus de soins de ville. Cinq enquêtes par téléphone ⁽⁶⁾ montrent qu'entre 5 et 10 % des médecins généralistes et environ 40 % de certains spécialistes leur refusent des rendez-vous. Ces chiffres ne doivent pas occulter la réalité des très nombreux médecins de ville qui soignent ces patients et sont parfois leur seul interlocuteur. L'atelier santé ville de Marseille mène une enquête sur les constats et besoins des soignants libéraux. Isolés dans leur pratique professionnelle, ceux-ci en effet font face à des situations de précarité et semblent intéressés par un relais qui assurerait l'orientation sociale de leurs patients. »

Que faire face aux inégalités sociales en matière d'accès aux soins ?

Luc Ginot, médecin de santé publique, ASV d'Aubervilliers

« L'atelier santé-ville d'Aubervilliers tente de renforcer le tissu des acteurs locaux, par exemple autour de la violence et de la santé psychique des adolescents, une question en émergence. Une forte collaboration entre l'ASV, les acteurs sociaux et le secteur psychiatrique a aussi permis de construire une véritable méthodologie de travail pour la prise en charge de personnes avec un problème psychiatrique et de précarité. »

Hugo Tiffou, coordinateur, ASV de Marseille

« Nous soutenons actuellement un projet de l'AP-HM de Marseille dont le but est une meilleure prise en charge des personnes ayant des droits potentiels. Ce dispositif médico-social renforcera les PASS de Marseille (permanences d'accès aux soins de santé). Il comprendra un accès au plateau technique et à la pharmacie centrale de l'AP-HM ainsi que des consultations de médecine générale. »

Que faire face aux inégalités géographiques, notamment en milieu rural ?

Bruno Nagard, Président de la commission médicale d'établissement, hôpital local de La Roche-Bernard (Morbihan), médecin coordinateur du réseau de soins de proximité Estuaire de Vilaine

« L'hôpital local ⁽⁷⁾ était fragilisé par une mauvaise démographie médicale (médecins âgés et dispersés sur le territoire) et l'absence de spécialistes. Les médecins ont revu le projet médical d'établissement et étendu leur réflexion hors de l'hôpital en tenant compte de la population locale. Une filière d'organisation des soins aux personnes âgées a été structurée à partir de l'hôpital autour d'un réseau de santé et d'un Clic ⁽⁸⁾ et de deux autres projets : une antenne locale de l'hospitalisation à domicile de Vannes et une maison de santé pluridisciplinaire avec des spécialistes. Cela a conforté l'hôpital. Au-delà de la thématique "personnes âgées", nous voudrions réfléchir avec les élus locaux et les représentants des usagers à un projet plus vaste qui touche à la santé de l'ensemble de la population du territoire... L'ANHL (association des directeurs des hôpitaux locaux) et l'AGHL (médecins généralistes des hôpitaux locaux) ont créé une plate-forme commune pour que la réforme hospitalière cesse d'oublier l'hôpital local. L'hôpital local est ainsi devenu éligible [financièrement] au plan Hôpital 2012 alors qu'il ne l'était pas au plan 2007. Mais à quelle échéance et dans quelle proportion ? » ■

Propos recueillis par Sylvie Malsan

(1) Revue Esprit, L'hôpital en mouvement, janvier 2007.

(2) Xavier Bertrand, discours du 13 février 2007 à l'Institut Pasteur.

(3) La santé n'est pas une compétence des collectivités territoriales.

(4) <http://www.espt.asso.fr>

(5) Schéma régional d'organisation des soins. Groupement régional de santé publique.

(6) UFC-Que Choisir 2004; DIES (Groupe d'études et de recherches en santé publique), commandée par le Fonds CMU, 2006; Médecins du Monde, 2002 et 2006 (dans 10 villes de France) et 2005 à Marseille.

(7) Un hôpital local fonctionne avec des médecins généralistes.

(8) Centre local d'information et de coordination gérontologique.

TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Où va l'hôpital public ?

La réforme du financement des hôpitaux incite les structures de santé à une gestion plus efficace. Elle introduit aussi une logique de marché dans l'hôpital : il y a désormais des actes et des patients rentables, et d'autres qui ne rapportent rien. Contraires à la mission de service public de l'hôpital, ces nouvelles orientations questionnent l'avenir de l'universalité et de la permanence des soins.

Le consensus est général : ça ne pouvait plus durer. Depuis 1984, les hôpitaux recevaient un budget global – dotation fixée par la Sécurité sociale – décliné en budgets par services, qui, faute d'évaluation de l'activité réelle, était reconduit d'une année sur l'autre, avec tout juste une indexation sur l'indice des prix. Ce système généralisait des rentes de situations, des inégalités entre structures de soin et une inadaptation aux variations d'activité. Le système de tarification à la journée et de forfait en vigueur dans les cliniques privées induisait lui aussi des inégalités, du fait de son manque d'uniformité. Le plan Hôpital 2007 propose une logique nouvelle : la tarification à l'activité (T2A), applicable au public comme au privé. Son but affiché : fonder le financement des établissements sur l'évolution de l'activité, pour une couverture optimale des besoins de santé, dynamiser la gestion des structures de soin – notamment publiques – et garantir une équité de traitement entre les secteurs public et privé pour des actes effectués à qualité égale.

Le bon coût

La T2A consiste en une rémunération liée au volume et à la nature des actes réalisés par la structure de soin. Chaque séjour à l'hôpital est codé en fonction du type de malade et de pathologie : à chaque groupe homogène de malades (GHM)⁽¹⁾ pour un acte donné – c'est-à-dire de malades requérant un même niveau de coût de prise en charge –

correspondent un type et une durée moyenne de séjour (groupe homogène de séjour, GHS). A ce GHS est attribué un tarif – fixé par le ministère de la Santé et remboursé par la Sécurité sociale – censé correspondre au coût moyen de ce type de séjour dans les hôpitaux français. Les hôpitaux dont le coût de séjour est supérieur au coût moyen sont donc encouragés à améliorer leur efficacité de prise en charge ; ceux qui sont dans le cas inverse s'en voient récompensés.

Pour l'heure, la T2A ne concerne que la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), mais pas les longs et moyens séjours ni la psychiatrie. Dans le public, sa mise en place est progressive : de 10 % en 2004, elle est passée à 50 % en 2007. Cela signifie que les hôpitaux conservent pour l'heure environ 50 % de leur dotation globale antérieure et que le reste de leur budget provient de la T2A. Concrètement, pour un acte donné, 50 % du tarif remboursé à l'hôpital est donc financé par la T2A et les 50 % restants par cette dotation. Dans le privé, la T2A est déjà effective, mais

l'échelle des tarifs diffère de celle du public. A terme, l'objectif est la convergence de ces deux tarifs. Autre élément de la réforme, la création de dotations spécifiques pour les dépenses « *qui ne peuvent être tarifées à l'activité* » : les « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC), qui recouvrent notamment l'enseignement et la recherche (MERRI) et un ensemble d'actions d'intérêt général – SAMU, conservation des gamètes et embryons, équipes pluridisciplinaires (ex. : équipe mobile de soins palliatifs), soins aux détenus, permanences d'accès aux soins (PASS), missions de prévention et d'éducation à la santé... Ces dotations sont variables selon les établissements.

Le patient moyen

En apparence, donc, une pure réforme gestionnaire, qui incite les hôpitaux à améliorer leur efficacité de gestion tout en préservant les spécificités de missions de service public qui ne se traduisent pas par des volumes. Pourtant, en raisonnant par moyennes – durée



A quoi correspond le coût moyen de séjour ?

Le coût moyen des séjours à l'hôpital a été calculé en 2002 sur la base de la moyenne des coûts de 52 établissements volontaires. Ces derniers ont recensé dans le détail leurs dépenses par pathologie et par séjour : frais de personnel soignant, de structure, de médicaments, de compresses... Une échelle nationale des coûts (ENC) a ainsi pu être définie. Sa représentativité est actuellement mise en question. L'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances proposent que le recrutement des établissements participant à l'ENC soit ciblé et que ces établissements fassent l'objet d'un audit régulier, afin de refléter au mieux la situation de l'ensemble des hôpitaux. ■

Les crédits Migac attribués aux Corevih

Des moyens minimaux fixés par les textes...

La circulaire DHOS/DGS du 19 décembre 2005 fixe les moyens minimaux dont chaque Corevih⁽¹⁾ a besoin pour remplir sa mission : un local, un temps de secrétariat, un temps administratif et/ou médical de coordination et un temps de technicien d'études cliniques. Ces moyens sont financés sur des fonds MIGAC attribués à l'établissement siège du Corevih qui peuvent prendre en charge les personnels affectés dans des établissements non-sièges dans le cadre de conventions entre établissements).

... et un principe de calcul pour des crédits qui restent à négocier

Certaines inquiétudes ont pu être exprimées du côté des acteurs de terrain avant la mise en œuvre effective des Corevih, la mission de ces derniers s'étant élargie par rapport aux anciens CISIH (centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine).

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a proposé un mode de calcul. La dotation MIGAC comprendra un montant minimum correspondant aux charges de personnel et de structure⁽²⁾ et elle tiendra compte de l'importance de la file active et de la couverture géographique de chaque Corevih en particulier.

Concrètement, un Corevih devrait recevoir :

> au-delà de 750 patients : 50 000 euros (égal à 1 technicien études cliniques ou TEC) par tranche de 500 patients ;

> au-delà de 10 000 km² : 50 000 euros par tranche de 10 000 km²⁽³⁾.

Néanmoins, les ARH ne sont pas obligés de suivre ce mode de calcul et chaque Corevih doit négocier son financement sur cette base avec l'ARH et l'établissement siège du Corevih. ■

S.M.

(1) Comité de coordination de la lutte contre l'infection à VIH

(2) Soit, pour chaque Corevih :

- 0,3 équivalent temps plein (ETP) administratif ou médical de coordination (30 000 euros)

- 1 ETP de secrétariat (30 450 euros)

- 2 ETP de techniciens d'études cliniques (2 x 50 000 euros)

- 1 ETP adjoint des cadres hospitaliers (40 000 euros)

Plus un montant pour couvrir les charges de structure à hauteur de 30 % des charges de personnel.

(3) Sur les implantations régionales des 28 Corevih, voir article du Jds 190.

☒ moyenne de séjour, coût moyen – c'est l'essence même du soin qu'elle détourne. Le soin efficace est désormais celui qui est réalisé dans une durée de référence, à un coût de référence, pour un groupe de référence. Dès lors, le bon patient est le patient moyen, celui qui n'a pas besoin de rester plus longtemps à l'hôpital que le GHS ne le prévoit, celui qui ne nécessite pas de soins autres que les soins prédéterminés, dans le cadre d'une prise en charge donnée. Certes, les GHM ont vocation à rassembler des malades dont la situation est comparable – en fonction de leur âge et de comorbidités majeures associées – mais ces catégories sont imparfaites. Elles ne tiennent notamment pas compte des conditions de vie socio-économiques des personnes ou des comorbidités non considérées comme majeures. Le « mauvais patient » engendre donc un surcoût qui n'est pas remboursé à l'hôpital. S'il est difficile de contester l'intérêt de réduire le temps inutilement passé à l'hôpital et les dépenses superflues, la logique de moyenne introduite par la T2A pose des questions éthiques : y a-t-il des bons et des mauvais patients ? Comment articuler une logique comptable avec l'individualisation nécessaire des soins ?

Les actes valorisés et les autres

Mais le mauvais patient est aussi celui qui ne nécessite pas d'actes rentables. La T2A aurait dû, en toute logique, offrir des tarifs correspondant aux coûts moyens des actes effectués. « Or personne ne sait comment ces tarifs sont construits. Ils sont aléatoires, ils changent chaque année. Le ministère de la Santé peut les augmenter s'il veut favoriser certains actes médicaux. L'enjeu est donc hautement politique », déplore Marie Deugnier, directrice adjointe de l'hôpital de la Conception, à Marseille. En outre, certaines activités ne sont pas ou peu valorisées. Les gestes techniques

impliquant une hospitalisation courte – la pose d'une prothèse de hanche, l'opération de la cataracte – sont hautement rentables, au détriment des actions plus intriquées, plus complexes, nécessitant plus de relationnel et de temps. « Le fait de passer du temps auprès d'un malade, de recueillir divers avis auprès de médecins et de travailleurs sociaux pour dénouer une situation, n'est pas ou peu valorisé », s'inquiète Jacques Lebas, praticien hospitalier au service de médecine interne de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. « L'essentiel de mon activité ne rapporte rien », renchérit le Professeur André Grimaldi, chef du service endocrinologie-diabétologie de la Pitié Salpêtrière. « Mon activité d'expertise n'est pas codée, ni le suivi par téléphone des infirmières ou l'éducation thérapeutique. Cette dernière permet pourtant de prévenir la dialyse ou l'amputation qui, elles, sont beaucoup plus rentables ! En deux mots : la T2A est aberrante pour les maladies chroniques. »

Quelle rentabilité ?

Ces nouvelles modalités de gestion diffusent une culture de la rentabilité dans l'hôpital. « Dans les réunions de pôles, on ne parle plus que de ça : augmenter l'activité », constate le Dr Claire Georges, praticien attaché au service de médecine de l'hôpital Saint-Louis, à Paris. Une aberration, quand la logique du médecin est de répondre au besoin de soin, et non d'en créer ! Si les cliniques privées sont en mesure d'opérer une sélection des patients, pour recevoir ceux qui requièrent des actes bien valorisés, il n'en va pas de même des hôpitaux publics, censés garantir un accueil universel. Et le problème se pose avec une acuité accrue dans les centres hospitaliers universitaires, dont les coûts de structures sont énormes et qui accueillent de plus en plus de personnes précaires. Comment faire dès lors ? En surfacturant à la Sécurité sociale, répond André Grimaldi : « Si vous effec-

tuez une consultation d'infirmière, une consultation médicale et une prise de sang pour un patient, vous faites passer ça en hôpital de jour, parce que c'est mieux rémunéré. Ce n'est pas pour tricher, c'est pour compenser les activités non tarifées ! D'ailleurs, toutes les collégiales se sont réunies pour savoir comment optimiser le codage, c'est-à-dire, gonfler la gravité de l'état du patient. » Certains hôpitaux ont aussi fait le choix de supprimer des activités non rémunératrices et d'aucuns craignent un recentrage progressif des hôpitaux trop endettés sur quelques activités rentables.

Deux scénarios

Où va donc l'hôpital public ? Une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁽²⁾ montre que la situation financière des cliniques

privées s'est nettement améliorée avec la mise en place de la T2A entre 2002 et 2005 (date où la T2A atteint 100 %), alors que le résultat moyen des hôpitaux publics s'est détérioré au cours de la même période. Y a-t-il, comme le pense André Grimaldi, une volonté délibérée des pouvoirs publics « d'envoyer l'hôpital public dans le mur, mais progressivement, dans le temps, jusqu'à ce que sa faillite soit telle qu'il faille changer son statut, le transformer en institution à mission de service public » ? Ces dernières ne seront plus obligées d'assurer les urgences, les activités non rentables ; elles pourront sélectionner les patients. Surtout, le personnel, qui n'aura plus un statut de « titulaires », pourra être plus facilement licencié. Ou bien faut-il considérer que cette réforme trouvera peu à peu ses ajustements, sous la pres-

sion des directeurs d'hôpitaux et de la société civile ? Une mission d'appui de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales (IGAS) sur la convergence tarifaire public-privé, datée de janvier 2006, élabore un certain nombre de recommandations qui, si elles étaient suivies, permettraient de réduire les effets pervers de la réforme : évaluer précisément les effets du paramètre précarité pour mieux l'intégrer dans le calcul des tarifs ou des MIGAC, mieux évaluer et tenir compte des surcoûts qui pèsent sur l'hôpital public (importance de l'activité non programmée, permanence des soins...), redéfinition du paramètre des MIGAC pour ne pas oublier de missions d'intérêt général... Fin de l'hôpital public ou ajustement de la réforme ? A ce jour, la question reste donc ouverte. ■

Laetitia Darmon

(1) Il en existe environ 800 qui peuvent être précisés par une ou plusieurs comorbidités associées.

(2) Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005. DREES, Etudes et résultats n° 576, juin 2007.

Interview



Photo : D.R.

« La T2A nous a fait perdre beaucoup d'argent »

Marie Deugnier, directrice adjointe de l'hôpital de la Conception (Assistance publique des hôpitaux de Marseille)

Qu'est-ce qui vous paraît intéressant dans cette réforme du financement ?

Marie Deugnier : J'ai la conviction qu'un service public est d'autant plus efficace pour le citoyen qu'il maîtrise ses ressources. Or la tarification à l'activité (T2A) met en avant cette recherche d'efficacité, elle oblige les directeurs d'hôpitaux à ne plus seulement raisonner sur leurs dépenses, mais aussi sur leurs recettes. Elle nous force à considérer nos coûts, à redéployer nos moyens lorsqu'ils sont mal répartis, à nous mettre en question. C'est un changement complet de mentalité et je pense que c'est une bonne chose dans ce sens. En outre, la T2A peut permettre, à l'échelle d'un établissement, aux médecins et aux gestionnaires de s'associer davantage, pour travailler ensemble. Autre élément très intéressant de la réforme : l'enveloppe molécules onéreuses. Il a été décidé de rembourser les médicaments très onéreux – anticancéreux, antirétro-

viraux, certains antalgiques très spécifiques – au prix qu'ils nous coûtent. Cela permet de garantir l'accès de tous à des traitements chers et innovants : c'est une avancée incontestable. Il faut savoir que le prix des médicaments à l'hôpital était quasi libre, contrairement à la ville, ce qui est aberrant, parce que ça laisse une entière marge de manœuvre aux laboratoires. Avant, on négociait donc nos prix avec eux et on était remboursé selon un tarif forfaitaire par la Sécurité sociale. Le surcoût était autant d'argent perdu pour l'hôpital. A présent, la tutelle a créé un tarif moyen d'achat et les fournisseurs s'alignent progressivement dessus ! C'est donc une forme d'encadrement des prix qui s'est opérée.

Comment vivez-vous la mise en place de la T2A, à Marseille ?

M.D. : La réforme n'est pas stabilisée et c'est un énorme problème : les tarifs, les forfaits changent constamment. Cela nécessite de modifier les systèmes d'information, de former les personnels et tout cela prend du temps. Dans l'entre-deux, on en arrive à perdre de l'argent sur certains

Interview (suite)

actes qui doivent nous être remboursés, simplement parce qu'on a une personne pour saisir leur nouveau codage ! Cette instabilité du codage nous empêche surtout de profiter des activités rentables : si on décide de recruter du personnel soignant et d'organiser un service pour positionner l'hôpital sur une activité qui rapporte plus, rien ne garantit à l'heure actuelle que cette même activité ne soit pas moins rentable l'année suivante, puisque les tarifs bougent sans cesse. Or dans le public, contrairement au privé, on ne peut pas supprimer des postes ou du personnel ou défaire ce qu'on a fait en deux temps trois mouvements : tout est statutaire. En plus, pour raisonner en terme d'activité rentable, il faudrait que nous connaissions nos coûts, ce qui n'est pas toujours le cas. Tout cela nous condamne trop souvent à l'immobilisme, dans l'attente d'une stabilisation de la réforme.

Et pendant ce temps, le privé se régale...

M.D. : Oui. L'enjeu crucial aujourd'hui pour notre hôpital – comme pour tous les CHU – est de parvenir à définir une stratégie, en chirurgie notamment, pour éviter que toute l'activité rentable et attractive pour le corps médical ne se reporte sur le privé. Ça a malheureusement déjà commencé : la T2A a fortement valorisé certains actes de chirurgie, sur lesquels les cliniques se sont focalisées et ont gagné de l'argent. Cela leur a permis d'investir, donc de se donner les moyens de faire du bon travail, avec comme conséquence une fuite des chirurgiens dans le privé, qui y sont mieux payés et se voient proposer des activités plus rentables. Mais si nous avons des tarifs stables sur cinq ans, cela nous permettrait d'avoir plus de visibilité. Il sera possible de mettre en place des stratégies de moyen terme, adaptées aux besoins de nos populations.

Est-ce la condition pour que la convergence tarifaire entre le public et le privé puisse s'opérer ?

M.D. : Non, la convergence n'a pas de sens si elle s'entend comme une stricte comparaison ! Tout nous sépare des cliniques privées : elles sont libres, elles sont réactives, mais surtout elles n'assurent pas les mêmes missions que l'hôpital public. Ce dernier est confronté aux urgences qui, par définition, sont imprévisibles et nécessitent de mettre en place des organisations de travail très coûteuses mais indispensables. Sans compter que l'urgence oblige à déprogrammer des rendez-vous et encourage les patients à aller dans le privé ! Quand l'essentiel de l'activité est programmé, comme dans les cliniques, la gestion est toute autre. Les grandes structures comme les CHU sont par ailleurs confrontées à des coûts institutionnels énormes : taux d'encadrement des personnels, fonctionnement 24 heures/24, transports, recherche médicale, activités de pointe, etc. Peu de ces éléments sont correctement tarifés dans le nouveau système. Surtout, nous accueillons une population plus précaire, et la T2A ne prend pas en compte la précarité. Résultat, la T2A nous fait perdre beaucoup d'argent par rapport aux dotations globales initiales.

Les MIGAC financent pourtant les permanences d'accès aux

soins (PASS) pour les plus précaires ?

M.D. : Oui, mais ce n'est pas suffisant, même si les MIGAC ont été revalorisées de 9,6 % cette année. La question des PASS est en effet très fortement liée à celle de l'Aide médicale d'Etat (AME), qui finance une partie de la PASS, en plus de l'enveloppe MIGAC. L'AME nous est payée par les caisses, qui sont remboursées par l'Etat, mais mal. Du coup, les caisses contestent les critères d'éligibilité des patients à l'AME et ça nous pose des problèmes de financement. En outre, gérer la précarité demande beaucoup de temps, au détriment des activités rentables. Si l'hôpital a une mission sociale, notre plateau technique conçu pour des soins aigus n'est cependant pas fait pour gérer la précarité. Les lits sont pourtant en partie occupés par des personnes qui n'ont rien à y faire. Par exemple, un homme handicapé est depuis deux mois dans mon hôpital, car nous n'avons nulle part ailleurs où l'envoyer. L'hôpital d'aujourd'hui pallie trop souvent le manque de structures sociales et médico-sociales, ce qui est loin d'être satisfaisant pour le patient comme pour le financeur public. Ces personnes, pour lesquelles la société devrait absolument prévoir une prise en charge, arrivent aux urgences, on leur fait au mieux un pansement, donc on ne peut rien facturer. Il est aberrant de nous demander d'un côté de faire de la T2A, d'être rationnels, de développer des activités de pointe, et de l'autre, de faire face à cette population qui arrive aux urgences.

Comment sortir de cette impasse ?

M.D. : Nous allons avoir du mal à survivre si on ne nous aide pas plus, si les MIGAC ne sont pas élargies et augmentées. Il nous faut des garde-fous, la reconnaissance des spécificités de l'hôpital public. A Marseille, la situation sociale est difficile : 39,2 % des ménages bénéficient des minima sociaux, contre 25 % en moyenne nationale. Nous étudions la possibilité de faire valoir les données épidémiologiques propres à la ville. L'idée serait d'instaurer un coefficient géographique de précarité pour obtenir des suppléments de financement. Ça existe au Canada et en Belgique.

Et si ce n'est pas le cas ? Y aura-t-il une sélection des patients ?

M.D. : C'est un argument qui a beaucoup été utilisé. Il y a peu d'études là-dessus, la réforme est trop récente. Mais je n'y crois pas. On ne peut pas renvoyer les gens. La sélection n'est possible que dans le privé. Nous allons continuer à soigner nos patients jusqu'à ce que nous ne puissions plus le faire, faute de financement. Au lieu de les garder une journée, ils resteront trois heures, et il leur faudra plus de temps pour prendre un rendez-vous. Avec le risque qu'ils ne veuillent plus se soigner. J'espère que nous éviterons ce scénario, que nous parviendrons à faire remonter tous les dysfonctionnements générés par la T2A. D'où l'importance de la vigilance des associations de malades et des sociétés savantes médicales, qui peuvent agir vite et faire bouger les choses. ■

Propos recueillis par Laetitia Darmon

LES PÔLES D'ACTIVITÉ

Prise en charge globale ou gestion de la pénurie ?



Photo : iStockphoto.

L'hôpital revoit son organisation. La nouvelle gouvernance implique une disparition des services et départements dans des pôles d'activité, en principe centrés sur le malade. Théorie et réalité dans quelques hôpitaux.

L'organisation interne des hôpitaux est conservatrice, obsolète, basée trop souvent sur son histoire, le dévouement des différents acteurs qui assurent les soins et l'énergie dépensée à parer au plus pressé. » Un des constats du rapport de mission ⁽¹⁾ à l'origine du plan Hôpital 2007, parmi la longue liste des dysfonctionnements hospitaliers. Pour remède, les auteurs préconisent « d'alléger le carcan administratif » par une nouvelle gouvernance des hôpitaux. Cette dernière redéfinit le rôle des diverses instances de l'hôpital. L'ordonnance du 2 mai 2005 ⁽²⁾, qui fixe cette réforme, instaure notamment une plus grande parité entre les

médecins et les membres dirigeants de l'établissement appelés à siéger au sein du conseil exécutif. Enfin, elle décentralise la gestion vers des « pôles d'activité » : « entité de gestion dirigée par un praticien qui se voit confier par le directeur une délégation de gestion dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens », détaille la revue *Esprit* dans un numéro consacré à l'hôpital ⁽³⁾. Le chef de pôle doit remplir ces objectifs avec un budget à respecter, sous peine de sanction l'année suivante. Ces pôles sont amenés à supplanter les services et départements. Cette réforme est, en principe, achevée depuis le 31 décembre 2006. Si, sur le papier, la transition est faite

– 70 % des hôpitaux se sont structurés en pôles – elle est plus chaotique dans la réalité.

Logique médicale

André Grimaldi, chef du service endocrinologie-diabétologie de la Pitié Salpêtrière à Paris, juge indispensable une réorganisation des hôpitaux pour deux raisons : « Les techniques utilisées et les pathologies changent, par conséquent les tâches des médecins évoluent également ». Aberrant, dès lors, de maintenir ad vitam aeternam un modèle d'organisation obsolète, cloisonné en services, alors que les moyens techniques, les connaissances, les compétences humaines des uns et des autres doivent se compléter pour assurer une meilleure prise en charge du patient. En ce sens, les pôles sont une chance à saisir par l'hôpital. Une redéfinition vitale, à condition qu'elle repose sur une logique médicale. « Un pôle ne marche bien »



▣▣ que s'il regroupe des activités parfaitement complémentaires d'un point de vue médical », insiste Guy Renou, chef de service de chirurgie ambulatoire à l'hôpital de Poissy Saint-Germain-en-Laye. Il cite l'exemple réussi du pôle cardio-vasculaire de l'hôpital Georges Pompidou, qui regroupe la cardiologie, la chirurgie cardiaque et la chirurgie vasculaire. A ses yeux, le pôle permet une prise en charge pluridisciplinaire du malade. « Un patient était, jusqu'alors, obligé de suivre un cheminement qui prolongeait son hospitalisation au sein d'un service, parce qu'il fallait attendre que les rendez-vous soient pris dans les autres services, que les examens soient disponibles, etc. Lorsqu'un patient a un bilan à faire, le pôle doit s'organiser en fonction pour que le malade puisse entrer le matin et ressortir le soir même. » Dans ce contexte, le pôle permet une plus grande responsabilisation des équipes médicales dès lors que la délégation des pouvoirs a été menée à terme. Or, dans la réalité, elle n'a souvent pas été faite ou achevée. Le pôle s'ajoute alors aux services, qui sont maintenus, et les niveaux de décisions s'empilent... Bien loin de l'objectif initial de la réforme qui devait, à l'inverse, les limiter.

Echelon bureaucratique ?

L'hôpital de la Pitié Salpêtrière compte désormais, dans certains cas, six niveaux de décision : le service, le sous-pôle (entité intermédiaire lorsque les pôles sont très grands), le pôle, l'hôpital, le groupement hospitalier universitaire (GHU) ⁽⁴⁾ et le siège. « A chaque niveau, vous mettez un responsable, une secrétaire, des réunions, des comptes rendus de réunions, des enquêtes à destination de ceux qui sont en dessous... Cela s'appelle de la bureaucratisation », note André Grimaldi. Un constat à l'encontre de l'objectif de la réforme, qui en déléguant la gestion au responsable

de pôle, devait permettre aux autres médecins, notamment au chef de service, de se consacrer exclusivement aux patients et à l'optimisation de la qualité des soins.

Or, sans cette délégation de gestion, « l'organisation en pôles ne permet pas de libérer du temps médical, cela aggrave la "réunionite" et risque de décourager les soignants », met en garde Guy Renou. Pourtant, ce temps médical est déjà bien comprimé. La mise en place des 35 heures à l'hôpital n'a pas été accompagnée d'embauches

suffisantes pour compenser le manque de personnel. Dans cette conjoncture, la réorganisation en pôles peut rapidement basculer vers une logique uniquement gestionnaire, risquant de crisper les différents responsables sur leurs acquis et d'empêcher la dynamique voulue par la réforme.

Gestion de la pénurie ?

« Deux logiques, l'une médicale, l'autre de gestion, peuvent se rencontrer au sein des pôles, mais le plus souvent ce n'est pas le cas », constate André

Témoignage

Le post-it de la réforme

Laurence Bouffette, infirmière au service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) de l'hôpital Tenon

« Au début, ce regroupement en pôle me faisait peur. Je ne savais pas trop ce que cela signifiait. D'autant plus que je ne suis pas venue dans un service de maladies infectieuses par hasard. C'était un choix. J'ai donc très mal vécu ce qui m'est arrivé un lundi après un week-end de congé. Ce jour-là, je suis allée voir le planning comme d'habitude pour voir à quel étage j'étais, puisque notre service se trouve sur différents étages. Je vois alors sur le tableau un post-it du coordinateur de pôle me disant : aujourd'hui vous êtes déplacée en néphrologie. Je l'ai très mal pris parce qu'il me semblait que cette façon abrupte d'annoncer ce changement était un manque total de respect envers mon travail. Je suis arrivée en pleurs au rez-de-chaussée en me disant : qu'est-ce que je vais faire ? Je n'y connais rien en néphrologie... Comment je vais m'y prendre pour faire les soins ? Une fois dans le service, on m'a dit : tu vas faire l'aide-soignante. Cela m'a soulagé parce que je ne devais pas prendre les responsabilités de l'infirmière, j'allais faire les toilettes, les menus... et pas les soins. Ensuite, je me suis rendue compte que les soins n'étaient pas si compliqués que cela, mais j'ai eu peur parce que je ne les connaissais pas. Quelque temps plus tard, à nouveau prévenue le matin même, j'ai été déplacée dans ce service cette fois pour y faire l'infirmière. Ce samedi-là, j'étais seule et j'avais en charge une dizaine de patients. Heureusement, j'avais pu observer ce que faisait l'infirmière la fois précédente. Il n'empêche que j'ai donné des médicaments dont je ne savais pas à quoi ils servaient. J'ai lu les prescriptions et essayé de faire le moins d'erreurs possible, mais vu l'état de stress dans lequel j'étais, il était tout à fait probable que j'en fasse. L'impression de servir de bouche-trou comme cela atteint la santé autant physique que morale. En revanche, j'ai pu également faire partager mes connaissances dans cet autre service. Alors que j'étais en néphrologie, j'avais une sérologie VIH à faire. J'ai demandé à l'interne s'il avait bien informé le patient et reçu son accord. Il m'a répondu que non, je lui ai alors expliqué que cet accord préalable était obligatoire. Il ne le savait pas. » ■

Propos recueillis par M.L.

Grimaldi. A la Pitié Salpêtrière, un pôle chirurgie regroupe l'urologie, la maternité, l'orthopédie, la néphrologie, la chirurgie endocrinienne et la chirurgie vasculaire. « Il répond essentiellement à une logique de gestion, souligne André Grimaldi, même si on essaye de nous faire croire, avec une langue de bois extraordinaire, que cela offre une meilleure visibilité au malade. En quoi la femme qui accouche aujourd'hui dans le pôle de nephrochirurgie a une plus grande visibilité que celle qui accouchait hier à la maternité ? »

mais amenés à être déplacés d'un service à l'autre. « Tous seront donc mis au même niveau et les moyens humains, dans un contexte de réduction des coûts, seront plutôt tirés vers le bas que vers le haut », remarque Monique Gallais. Le SMIT de Tenon, comme dans beaucoup d'hôpitaux, était mieux doté en infirmières que d'autres services, à cause de l'affluence des patients dans les hôpitaux en début d'épidémie. Une situation qui, au sein d'un même pôle, peut être mal interprétée voire jalouée par les autres spécialités. Désormais, le

pôle. Dans une optique médicale, le partage des connaissances des personnels soignants, amenés à travailler dans des services complémentaires, peut améliorer la prise en charge du patient. Dans une volonté d'approche globale de la personne malade, la mobilité au sein d'un pôle pluridisciplinaire peut être source d'enrichissement pour les soignants. A l'inverse, un objectif gestionnaire dans un contexte de pénurie peut entraîner une baisse dangereuse de la qualité des soins. « Il ne faut pas faire bouger les personnes comme dans un jeu de quilles, il faut qu'elles y soient préparées, formées et que cela soit fait si possible sous la forme du volontariat », pense Monique Gallais. A ses yeux, la nouvelle gouvernance n'a pas été bien préparée auprès des soignants, peu ou mal informés. Par conséquent, la peur prime sur l'acceptation du changement. Plus grave encore, les formations ou remises à niveau nécessaires des soignants n'ont pas été faites. La qualité et la sécurité des soins peuvent en faire les frais. « Les infirmières d'autres services qui viennent au SMIT ne connaissent pas forcément les traitements et font des erreurs », rapporte Laurence Bouffette, infirmière au SMIT de Tenon. Le *turn over* rapide des infirmières amène une déresponsabilisation vis-à-vis du malade et l'attachement au service n'est plus possible. « Auparavant, si la motivation n'était pas là, elle avait le temps de germer au sein d'un service. Avec la nouvelle gouvernance, elle n'en a plus le temps. Et puis les anciens disparaissent, donc la transmission du savoir, également source de motivation, n'est plus possible », déplore Monique Gallais. Une perte d'attache, de responsabilité et de transmission dont le patient, devenu simple objet de soin d'un jour, sera la principale victime. ■

(1) *Projet hôpital 2007, mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale.* Denis Debrosse, Antoine Perrin, Guy Vallencien, 3 avril 2003.

(2) *Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.*

(3) *L'hôpital en mouvement, Esprit, n° 331, janvier 2007.*

(4) *L'AP-HP a été divisée en quatre GHU : Nord, Sud, Est, Ouest.*

Témoignage

« Rien n'a changé »

Valérie Erard, infirmière au service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) de Tours

« Au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Tours, nous sommes réorganisés en pôles depuis janvier 2007, mais pour nous rien n'a changé. Nous sommes rattachés aux laboratoires de bactériologie et de virologie, donc nous ne pouvons pas être amenés à changer de service. Le niveau d'effectif n'a également pas bougé, il y a toujours une infirmière pour 10 lits d'hospitalisation. Nous avons eu très peu d'informations sur la nouvelle gouvernance, mais au départ, l'idée d'être déplacées d'un service à l'autre était très mal reçue par les infirmières. C'était la panique à bord. Les plus anciennes sont dans ce service depuis 20 ans et moi, une des plus jeunes, depuis 1997. A mon avis, pour que ces roulements n'aient pas d'impact sur le patient, il faudrait que nous soyons toutes formées à tout, ce qui est difficilement imaginable. Sinon, cela sera forcément délétère pour le patient. » ■

Propos recueillis par M.L.

L'objectif est ici de mutualiser les moyens humains, techniques, médicaux pour réduire les coûts de la santé. A l'hôpital Tenon, le pôle Unimed comprend la néphrologie et ses soins intensifs, l'urologie, la dialyse, le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) et toutes les consultations de médecine connexes. Pour Monique Gallais, cadre de santé au SMIT, la logique est d'abord gestionnaire et géographique, puisque tous sont dans le même bâtiment. Une logique qui facilite la mobilité des soignants, désor-

SMIT ne compte plus qu'une infirmière pour 13 malades, contre deux auparavant. Un nivellement vers le bas accompagné d'une gestion du personnel au sein du pôle, appelant les soignants à se déplacer d'un service à l'autre au gré des besoins.

Des infirmières interchangeables ?

Source d'enrichissement mutuel ou perte de sécurité et des qualités des soins pour le patient ? Là encore, tout repose sur la logique qui sous-tend le

Marianne Langlet