

Hippocrate, réveille-toi, l'hôpital est devenu fou !

par Christophe Trivalle

LE MONDE | 13.02.09 | 14h23 • Mis à jour le 13.02.09 | 14h23

Pendant longtemps, le travail des médecins à l'hôpital a consisté à soigner les malades de leur mieux, à faire de l'enseignement pour les jeunes médecins et soignants, et un peu de recherche lorsque c'était possible. Depuis les années 2002-2003, les choses ont changé. On a arrêté de parler de malades, pour ne plus penser qu'en termes d'activité, d'objectifs, d'efficience, d'indices de performance.

Avec le nouveau projet "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) et le regroupement des hôpitaux, il n'est question que de "*maîtrise des coûts de production*" et de "*positionnement face à la concurrence*", comme si la santé pouvait se négocier en parts de marché. Il n'est plus jamais question des malades ni de la qualité des soins. Notre travail n'est plus de soigner mais de remplir des lits ! Les médecins sont devenus des gestionnaires qui doivent rentabiliser au mieux chaque malade.

Comment est-on passé de l'hôpital "service public" à l'"hôpital entreprise" ? La réponse est simple : en appliquant au système de santé français les méthodes utilisées en Amérique du Nord depuis les années 1980, et en particulier la tarification à l'activité (T2A), qui a entraîné un changement majeur dans le fonctionnement de l'hôpital. A chaque pathologie correspond un code qui permet de regrouper les patients par un logiciel en "*groupes homogènes de séjours (GHS)*". A chaque GHS correspondent une durée "idéale" de séjour et une tarification. Un séjour trop court ou trop long équivaut à une perte financière pour le service, car l'hôpital est payé après la sortie du malade en fonction des codages.

Ce système est responsable depuis sa mise en place d'une multiplication des séjours, d'une incitation au tri des malades et d'un transfert trop rapide en soins de suite alors que le diagnostic n'est pas fait et le malade toujours instable. Malgré les dangers de ce système dénoncés par de nombreux médecins, le financement des hôpitaux est quand même passé en 100 % T2A en janvier 2008, sans qu'il y ait jamais eu d'étude sur les conséquences que cette course à l'activité pourrait avoir pour le service public. Dans un avenir proche, la T2A devrait aussi concerner, en plus du court séjour, les soins de suite et la psychiatrie.

Pourtant, les dérives de ce type de tarification ont bien été signalées. Ainsi, dans un avis du Comité national d'éthique du 7 novembre 2007, il est noté que la situation de l'hôpital *"a pour conséquence de déboucher sur un primat absolu donné à la rentabilité économique, au lieu de continuer à lui conférer une dimension sociale"*. Et que la T2A *"s'adapte mal à la prise en charge des maladies chroniques, des soins de suite, des soins palliatifs, des personnes âgées ou des enfants malades, ou encore à la reconnaissance des actions de prévention, car elle ne prend pas en compte le temps passé auprès du malade pour l'écoute et l'examen clinique approfondi"*. De même, le rapport du député UMP André Flajolet d'avril 2008 signale que la T2A a aggravé les inégalités de santé avec *"un risque de dérive de l'activité dans les hôpitaux au regard des besoins réels de santé de la population et des personnes les plus fragiles"*.

L'exemple le plus absurde de l'utilisation de la tarification à l'activité est son application aux soins palliatifs, dont la spécificité de la prise en charge est que la durée de séjour et le volume de soins nécessaires sont très hétérogènes. Du fait de la T2A, les unités de soins palliatifs sont obligées de trier les malades pour ne prendre que ceux dont l'espérance de vie est supposée être supérieure à 2 jours et inférieure à 35 jours ! Tous les autres sont refusés. Pour faire face à ce système absurde, ces services sont obligés de transférer ces malades en fin de vie dans un autre service avant de les reprendre !

Selon Martine Aoustin (directrice de la mission T2A au ministère de la santé) une nouvelle classification est en cours d'élaboration, qui *"devrait en partie améliorer la situation"*. Mais en toute logique, en ce qui concerne les soins palliatifs, il ne devrait pas y avoir de tarification à l'activité ni de durée minimum ou maximum de séjour. En effet, comment peut-on à la fois promouvoir les soins palliatifs et permettre leur tarification à l'activité ? L'absurdité du système a encore été aggravée par la mise en place des pôles et des chefs de pôle. Ces "supermandarins" sont plus des chefs d'entreprise que des médecins. Avec la délégation de gestion, ils doivent s'occuper de tout et faire des choix : quelles chambres vont être repeintes cette année ? Peut-on remplacer l'appareil à ECG qui ne fonctionne plus, ou faut-il acheter des appareils à tension ? Quels postes faut-il supprimer pour répondre aux plans d'économie ?

On voit bien les dangers d'un tel système : si les dépenses ne peuvent que progresser chaque année, les recettes ne peuvent augmenter qu'en faisant de plus en plus d'activité. On en arrive à sélectionner les activités rentables et à trier les malades. Le système ne fonctionne plus sur des critères médicaux, mais sur des critères économiques. Même les présidents des comités consultatifs médicaux de l'APHP, qui ont pourtant soutenu la mise en place de cette nouvelle "gouvernance", ont fini par s'en rendre compte, et ont envoyé en novembre 2008 une lettre ouverte à M^{me} Bachelot : *"La place n'est plus aux réorganisations et regroupements médicalement utiles et intelligents, aux investissements sur des projets prometteurs, la place est aux économies à court terme et à tout prix, soumises à une vision financière la plus drastique qui soit"*.

Par ailleurs, la T2A est un système faussement libéral, car c'est un système bloqué : lorsque les volumes globaux d'activité augmentent plus que prévu, les tarifs baissent ! Au final, tout le monde est perdant, ceux qui ne font pas assez d'activité et ceux qui en font plus que prévu. Avec la tarification à l'activité, l'hôpital est en train de devenir fou : d'un côté, il doit exploiter les séjours avec un codage le plus rentable possible, de l'autre la Sécurité sociale multiplie les contrôles pour essayer de payer le moins possible en revoyant à la baisse tous les codages ! Les seuls emplois créés sont des postes de codeurs à l'hôpital et d'inspecteurs à la Sécu, alors que l'hôpital manque de soignants auprès des malades. Il est urgent d'arrêter ce processus, de supprimer la T2A ou, à défaut, de la repasser à 50 % en la réservant au court séjour médical et à la chirurgie.

Christophe Trivalle est praticien hospitalier à l'hôpital Paul-Brousse, APHP.

Article paru dans l'édition du 14.02.09