

Hippocrate, réveille-toi !

C. Trivalle

Service de Gérontologie et de Soins Palliatifs, Hôpital Paul-Brousse, 14, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94800 Villejuif.

Correspondance : adresse ci-dessus.

E-mail : christophe.trivalle@pbr.ap-hop-paris.fr

Actuellement, se déroule, en France la plus grande réforme du système de santé de ces vingt dernières années.

Les conséquences possibles de cette réforme sont difficiles à percevoir, car ce projet a été fractionné en de multiples petites « réformettes » qui, prises séparément, semblent n'avoir que peu de conséquences : tarification à l'activité (T2A), gouvernance hospitalière (Hôpital 2007), réforme du statut de praticien hospitalier (PH) et réforme de la Sécurité sociale. Pourtant, elles sont totalement dépendantes les unes des autres et n'ont qu'un seul objectif : *faire des économies quelles qu'en soient les conséquences pour les malades.*

Bien entendu, ces projets ne sont jamais présentés comme ayant avant tout un objectif économique, et il est amusant de comparer les justifications annoncées (« besoins de la population, qualité des soins, maîtrise médicalisée... ») aux conséquences prévisibles.

La tarification à l'activité (T2A) : « Une plus grande médicalisation du financement ». « Une dynamisation des structures de soins, en particulier publiques ». « Le choix des activités doit correspondre avant tout aux besoins de la population et au savoir-faire de l'établissement de soins ».

Il s'agit d'un système directement importé des Etats-Unis qui consiste à attribuer un codage pour chaque malade en fonction de sa pathologie, afin d'obtenir un financement forfaitaire. Celui-ci est très fortement corrélé à la durée

moyenne de séjour (DMS). Avec ce système, un malade mal soigné, qui ne reste pas longtemps et qui revient souvent pour de courtes périodes, rapporte plus à l'hôpital que celui pour lequel le médecin aura pris le temps d'éviter les réhospitalisations. Ce comportement de sélection conduit donc à exclure les patients les plus malades ou à les mettre dehors quand le délai est dépassé. C'est déjà malheureusement ce qui se passe dans beaucoup de cliniques et dans certains services hospitaliers ! De plus, le risque est grand de voir fermer certains services trop coûteux et de ne garder que les activités les plus rentables.

Par ailleurs, ceci pose directement le problème de la prise en charge extrahospitalière, alors que les infirmières et les kinésithérapeutes ont des quotas d'actes, qu'on ne rembourse plus les soins post-opératoires et qu'on veut dérembourser les lits médicalisés, les appareils pour diabétiques et le transport médicalisé !

Aux Etats-Unis, ce système n'a entraîné des économies que pendant les deux premières années de son application. Par la suite, les dépenses de santé ont repris à l'identique. Dans ce pays, 45 millions de personnes n'ont pas de couverture sociale et un Américain dépense pour sa santé deux fois plus qu'un Français.

La nouvelle gouvernance et les pôles : « Rendre plus efficace la prise en charge des malades ». « Arbitrer avec souplesse la réponse à la fluctuation des besoins sur l'année ». « La mobilité

relative et maîtrisée [des soignants] qui résultera de l'organisation en pôles sera source d'enrichissement personnel ». « Les pôles sont destinés à proposer au patient un mode de prise en charge au plus près de ses besoins ».

Il s'agit avant tout d'une gestion de la pénurie de personnel. Or, comment gérer le manque de personnel sinon en réduisant le nombre de services (et donc de lits), en les regroupant en pôles et en mutualisant les soignants. Dans ce système, certains emplois vont voir rapidement leurs effectifs diminuer : secrétaires, assistantes sociales, cadres supérieurs de santé... Pour les autres, il faudra qu'ils s'adaptent rapidement à une très grande mobilité. De plus, 70 % des dépenses de l'hôpital étant directement liées aux salaires du personnel (soignant et non soignant), tout plan d'économie est donc forcément un plan de licenciement.

Par ailleurs, la pénurie actuelle de soignants (qui va encore s'aggraver dans les années à venir) explique aussi pourquoi les hôpitaux publics veulent se débarrasser de leurs services de soins de longue durée (SLD), pour pouvoir récupérer du personnel pour les activités de court et de moyen séjour. Pourtant, on a bien vu en août 2003, ce que donnait cette politique de réduction de lits médicalisés pour les personnes âgées dépendantes...

Le statut des PH : « Nécessité de valoriser le rôle des praticiens ». « Valoriser la promotion de l'efficacité des soins au profit des patients, encourager l'effort dans un travail d'équipe et reconnaître l'implication individuelle dans le fonctionnement de l'institution ». « Le profil de poste doit permettre au praticien de s'intégrer plus facilement dans l'équipe médicale de l'établissement ».

Pour pouvoir appliquer la T2A et la nouvelle gouvernance, c'est-à-dire trier les activités et les malades les plus rentables, il est bien évident qu'il faut modifier le dernier espace de liberté des médecins hospitaliers, à savoir leur statut. Celui-ci leur garantit une indépendance totale, ce qui leur permet encore de soigner les malades quels que soient leurs origines, leurs revenus ou leurs situations administratives. Le nouveau statut introduit la notion de « part complémentaire variable liée à l'activité ».

Cette part sera déterminée sur la base d'un contrat d'objectifs d'engagement dans une démarche d'accréditation, d'efficacité des soins et d'engagement collectif à effet individuel (!). Pour information, l'efficacité est la capacité de produire le maximum d'activité avec le minimum de dépenses. Dans un premier temps, l'un des objectifs de l'efficacité des soins concerne la diminution des dépenses de pharmacie et de prescription d'examens biologiques et radiologiques. D'autre part, comme l'ancien statut était probablement trop protecteur, il est prévu de mettre en place une « véritable politique de ressources humaines » avec un centre national de gestion chargé notamment de la gestion des praticiens en recherche d'affectation ! Cette situation, qui n'existait pas jusqu'à présent, concernera les cas de redéploiement, de restructuration ou de transfert d'activité médicale. Elle doit en principe constituer un dispositif exceptionnel qui ne devrait pas dépasser une cinquantaine de postes !

En toute logique, l'étape suivante devrait être de s'attaquer au Code de déontologie médicale et au fonctionnement du Conseil de l'ordre des médecins.

La réforme de l'Assurance-Maladie : « Augmenter l'efficacité et la qualité du système de santé, mieux responsabiliser ses différents acteurs, y compris les assurés sociaux ». « Suivi plus efficace, parcours de soins personnalisés, amélioration de la qualité des soins ». « Meilleure coordination, renforcement de la qualité, juste recours aux soins, bon usage du médicament ».

Cette réforme est également considérable : un euro par consultation, augmentation du forfait hospitalier à 16 euros (soit 480 euros pour une hospitalisation d'un mois), médecin « traitant » obligatoire, remboursement des médicaments, redéfinition des affections longue durée (100%), dossier informatisé accessible sur Internet... Comme on le voit, il s'agit avant tout de faire payer le malade, au risque de créer une médecine à deux vitesses.

En ce qui concerne la thérapeutique, on a remboursé certains traitements pourtant efficaces au profit de nouveaux médicaments très chers qui finalement sont retirés du mar-

ché car dangereux (exemple du Vioxx). Pourtant, qui fixe le prix des médicaments et des dispositifs médicaux ? Qui doit mieux négocier avec les grands laboratoires pharmaceutiques pour pouvoir faire des économies ? Il y a là de vraies possibilités d'économies sans que cela se fasse au détriment des malades.

L'augmentation du forfait hospitalier est un vrai problème pour les personnes ayant un faible revenu et pas de mutuelle, ce qui est très fréquent en particulier chez les personnes âgées. La retraite mensuelle moyenne en France est actuellement de 1 100 euros par mois. Combien de retraités sont en dessous de cette moyenne ? Par ailleurs, même si on facilite l'accès aux mutuelles, prendront-elles en charge le forfait hospitalier et pour combien de jours ? Aujourd'hui, il est fréquent que la durée de prise en charge soit limitée à 60 jours, alors que les hospitalisations des personnes âgées malades, fragiles et polypathologiques sont très souvent supérieures à ce délai.

Ce projet s'attaque aussi aux 100 %. L'objectif est de faire baisser de 60 % l'attribution des 100 %. Pourtant il s'agit essentiellement de personnes âgées très malades. Combien vont alors renoncer à se soigner ?

En ce qui concerne le médecin « traitant » obligatoire, il aura surtout un rôle de filtre pour sélectionner les malades qui pourront aller voir un spécialiste. En gériatrie, 50 % des consultations mémoire sont demandées directement par les familles, les médecins de ville n'ayant pas toujours la formation ni le temps pour s'en occuper. Ces malades ne seront plus remboursés comme aujourd'hui. D'autre part, certains spécialistes vont pouvoir augmenter leurs tarifs de manière importante, ce qui leur permettra de sélectionner leur clientèle. Enfin, ce système de « parcours de soins » est en train de créer une multiplication des tarifs (plus de 20) qu'il sera très difficile de gérer.

On pourrait encore multiplier les exemples à l'infini...

Pour conclure cet éditorial, il est important de rappeler quelques principes de base.

En tant que médecins, on ne peut pas et on ne doit pas :

- sélectionner les malades en fonction de ce qu'ils vont rapporter ou coûter !

- mettre dehors un malade parce qu'il a dépassé la durée moyenne de séjour définie au niveau national !

- priver le malade d'un médicament efficace parce qu'il est trop cher !

Sinon, demain, nous ne serons plus dignes de notre serment d'Hippocrate. ■