

Temps de lecture : 9 minutes

André Grimaldi

Professeur émérite CHU Pitié-Salpêtrière.

Les logiques financières et managériales qui gouvernent aujourd'hui le fonctionnement de l'hôpital s'exercent au détriment de la qualité des soins et des conditions de travail des soignants. Le leitmotiv de cette gouvernance par les chiffres est de faire « toujours plus avec toujours moins ». Le passage du moindre coût pour la collectivité à la rentabilité de l'activité pour l'établissement conduit à faire de l'hôpital une entreprise commerciale comme les autres. André Grimaldi insiste sur la nécessité de penser l'hôpital à l'aune de sa vocation, celle de soigner plutôt que de gérer. Il évoque de nombreuses pistes de réformes souhaitables pour que le système de santé puisse assurer ses missions de service public et pour penser la vie démocratique dans l'hôpital.

Quelles sont, dans les dernières décennies, les évolutions les plus notables du système de financement du secteur hospitalier ? Et plus spécifiquement, pourquoi la tarification à l'activité instaurée en 2004 est-elle vivement contestée par les personnels soignants ?

Il y a fondamentalement trois moyens de financer un hôpital : avec un prix de journée comme à l'hôtel, avec un budget comme l'éducation nationale ou la défense, ou à l'activité c'est-à-dire au séjour avec des tarifs forfaitaires par pathologies. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients. Jusqu'en 1983, on a payé les hôpitaux par un prix de journée. De 1983 à 2004,

on est passé à la dotation globale reconduite d'une année sur l'autre. Puis en 2004, on a introduit la tarification à l'activité (T2A) qui a été généralisée en 2008. Hélas, cela s'est fait à partir d'une pensée managériale visant à la « gouvernance par le chiffre ». Il s'agissait de tout mesurer pour pouvoir tout vendre, en introduisant de la concurrence entre établissements d'abord intra-sectorielle – secteur public d'un côté et secteur privé de l'autre –, puis intersectorielle. Jean de Kervasdoué dans son *Que sais-je sur L'Hôpital* publié en 2004 écrit : « L'hôpital est une entreprise comme une autre ». « Le mot marketing choque, mais c'est bien de cela dont il s'agit : l'hôpital cherche à vendre ».

Il aurait au contraire fallu partir de la pratique médicale pour choisir le mode de financement le mieux adapté et, si besoin, la forme de régulation appropriée : le prix de journée est sûrement le mode de financement le mieux adapté aux soins palliatifs ; la T2A est adaptée aux soins programmés standardisés telle qu'une bonne partie de la chirurgie simple. On ferait bien d'ailleurs de ne pas la limiter au séjour, mais de l'étendre pour une période de soins (de un mois à quelques mois) notamment pour la chirurgie ambulatoire. Pour les maladies chroniques, ce qui est adapté, c'est la dotation. Encore faut-il qu'elle ne soit pas trop limitée comme pour la psychiatrie, qu'elle inclût l'ensemble de l'activité et qu'elle soit modulée en fonction de quelques critères simples et robustes tels que le nombre des patients anciens et nouveaux, la gravité de la pathologie, la programmation ou l'urgence et le statut social de la population.

On a donc progressivement transformé l'hôpital en clinique commerciale produisant du soin standardisé programmé, un peu sur le modèle de la grande surface ou de l'entreprise d'aéronautique avec des chaînes de production. Cette transformation vise à la réduction ou à la suppression de tout ce qui n'est pas rentable ou tout simplement pas tarifé, à la mutualisation des personnels au nom de la polyvalence, au toujours plus d'activité, toujours plus vite, et à l'optimisation du codage de l'activité, c'est-à-dire l'augmentation de la facture adressée à la

Sécurité sociale... Pour ce faire, on a formé et embauché des codeurs professionnels ! Ainsi, l'activité ou du moins son codage a augmenté de 2 à 3 % par an pendant 10 ans. Mais comme il fallait contenir le budget national de la Santé en essayant de réduire « le trou de la Sécu », on n'a pas embauché parallèlement le nombre de soignants nécessaires et on a baissé chaque année les tarifs. Cette année les tarifs vont encore baisser de 1,2 %. L'hôpital est condamné au toujours plus avec toujours moins. On est arrivé au bout de ce système !

En quoi consistent les transformations managériales du système hospitalier mises en place progressivement depuis une trentaine d'années ? Quels ont été leurs effets ?

Le changement du mode de financement a été de pair avec un changement de « gouvernance ». On est passé du pouvoir médical hérité du pouvoir des mandarins avec ses abus au plein pouvoir donné aux managers appliquant une logique commerciale. On a changé le vocabulaire : le dévouement s'est transformé en « travail à flux tendu », la lutte contre les gaspillages en « gain de productivité », la réponse à des besoins en « gain de parts de marché », le patient en « client ». On ne vise pas à améliorer la qualité, mais à atteindre les objectifs fixés par les indicateurs de qualité. Par exemple, il ne s'agit pas de prévenir et de traiter efficacement la douleur des patients, mais « d'assurer la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur sur une échelle visuelle analogique ». Peu importe le chiffre, l'important c'est qu'il y en ait un !

On est passé du juste soin pour les patients au moindre coût pour la collectivité qui est le devoir d'un service public, au juste soin pour le patient à la condition que l'activité soit rentable pour l'établissement. C'est pourquoi les cliniques privées choisissent leurs activités –et on ne peut pas le leur reprocher – et pas l'hôpital public. Mais voici aussi pourquoi une clinique peut faire

faillite et être rachetée par une chaîne internationale de cliniques alors que l'hôpital peut être placé sous tutelle, mais ne peut pas mettre la clé sous la porte.

Le plus grave a été la dislocation des équipes de soins médicales et paramédicales. Or, ce qui fait la qualité, c'est certes la formation et l'expérience, mais c'est surtout le travail en équipe avec des personnels en nombre suffisant, stables, habitués à travailler ensemble et à tirer ensemble les leçons des difficultés rencontrées. Enfin, l'amélioration continue de la qualité suppose l'évaluation ou plutôt les évaluations multiples par les pairs, par les usagers, par les professionnels travaillant en amont et en aval. Ces évaluations doivent servir dans un premier temps aux professionnels pour s'améliorer, puis elles doivent être rendues publiques. Mais il ne faut pas développer le paiement à la qualité mis en place par les Anglais et les Américains depuis 15 ans qui est à la fois coûteux et inefficace. Pour obtenir la prime, on voit les professionnels soigner les indices plutôt que les patients ou sélectionner les bons patients. C'est la version assurantielle du bonus/malus qui passera ensuite des professionnels aux patients, n'améliorant pas la qualité des soins et des résultats en termes de santé, mais aggravant les inégalités sociales de santé.

Finalement quelle est la raison pour un médecin, et particulièrement pour un chirurgien, de rester à l'hôpital public si celui-ci cherche à fonctionner comme une clinique commerciale et si, de plus, le praticien est moins bien payé. En dehors du titre de professeur et, pour quelques-uns, d'avoir une activité privée avec des dépassements d'honoraires exorbitants...

Que pensez-vous des annonces faites par le gouvernement au sujet de la « réforme globale » du système de santé ?

On est arrivé à l'heure des choix. La ministre a fait le bon diagnostic, mais on attend le

traitement. Or, il y a urgence et pour le moment le traitement appliqué ressemble au vieux modèle du toujours plus avec toujours moins. L'augmentation des dépenses programmée est comprise entre 3 et 4 %, mais l'Assemblée nationale a voté une augmentation du budget des hôpitaux de 2 %. Elle a donc décidé d'accroître leur déficit qui est, pour 2017, de 1,5 milliard d'euros. On va donc encore réduire le nombre du personnel... L'argument des 2 % était que la croissance prévisible du PIB atteindrait au mieux 2 % cette année. Il serait donc logique, si la reprise économique se confirme, que l'Assemblée nationale vote une dotation additionnelle en attendant que la nouvelle politique de financement et de pertinence des soins se mette en place.

Selon vous, quels types de réformes seraient souhaitables pour permettre au système hospitalier d'assurer ses missions de service public et pour s'attaquer à la souffrance au travail du personnel médical ? Et comment ces réformes pourraient-elles s'intégrer dans une vision alternative du système de santé ?

La santé est un bien supérieur, passant avant tous les autres, comme on se le rappelle lors des vœux de Nouvel An. De plus, l'égalité face à la maladie et à la mort fait partie à la fois du pacte républicain et de l'éthique médicale hippocratique. Nous avons la chance d'avoir hérité de la Sécurité sociale, expression de ce bien commun qui ne doit être ni étatisée comme en Angleterre ni privatisée comme aux USA. La santé doit donc être financée à 100 % par la collectivité. Elle doit donc avoir des revenus dédiés et les usagers et les professionnels devraient être associés à sa gestion avec une règle d'or : l'équilibre des comptes. Mais les besoins de santé sont infinis. Il importe de séparer ce qui relève de la solidarité et ce qui relève de choix personnels. Le panier de soins et de prévention solidaire doit correspondre à des besoins médicalement validés et socialement acceptés. Le reste, soins de confort et médecines

alternatives n'ayant pas démontré leur efficacité, devrait dépendre d'assurances supplémentaires. Il n'y aurait donc plus d'assurances santé complémentaires, mais uniquement des assurances supplémentaires à une Sécu à 100 % pour tous.

On économiserait pour une bonne part le coût de la double gestion actuelle, 7 milliards pour la Sécu qui rembourse 78 % des soins et encore 7 milliards pour les complémentaires qui ne remboursent que 13 %.

On ne peut pas penser l'hôpital sans la ville, le 2^e et le 3^e recours sans le 1^{er} recours. Nous n'avons pas construit un système de santé de proximité où les professionnels travaillent en équipe et assurent la permanence des soins. Le développement des maladies chroniques touchant 20 millions de personnes comme l'évolution de la pratique et de la démographie médicales nous y obligent en rénovant les centres de santé et en construisant les maisons de santé pluriprofessionnelles. Encore faut-il sortir du tout paiement à l'acte, étendre les délégations de tâches aux paramédicaux, reconnaître le statut d'infirmier clinicien, favoriser la coordination des soins, assurer une formation pédagogique et psychologique des soignants essentielle pour développer l'éducation thérapeutique et aider les patients à vivre avec une maladie chronique.

L'hôpital doit revenir au travail d'équipe piloté en duo par un médecin et un cadre de santé avec une information des personnels et une participation des soignants aux décisions. Dans les CHU, les missions sont au nombre de cinq : soin, enseignement, recherche, santé publique et gestion. L'ensemble ne peut être qu'une responsabilité d'équipe. Ce n'est pas parce qu'on est un bon chercheur ou un bon enseignant qu'on est un bon « chef de service ». Il faut rénover la vieille et géniale réforme Debré de 1958, dépassée depuis bien longtemps. Et il faut commencer par alléger le millefeuille en supprimant les pôles qui n'ont pas de réalité médicale. La base de l'hôpital, ce n'est pas la gestion, c'est le soin.

Enfin il faut refonder la « gouvernance » hospitalière. Il y a à l'hôpital trois pouvoirs : un pouvoir soignant (médical et paramédical), un pouvoir de gestion et un pouvoir des usagers. Il faut définir le mode de désignation/représentation de chacun, leurs champs spécifiques et les champs partagés ainsi que les procédures décisionnelles en cas de désaccord. Il est par exemple absurde que ce soit le directeur qui nomme les chefs de service ... Bref, il s'agit de penser la vie démocratique dans l'hôpital pour sortir du couple actuel bureaucratie autoritaire/corporatismes exacerbés.