

L'hôpital désorienté par la course à la rentabilité

Un ouvrage décrit les effets pervers de l'introduction de méthodes du privé sur le quotidien des soignants et patients

Audit, performance, management, réduction de postes : depuis plus de dix ans, les mots et les méthodes du secteur privé ont fait leur entrée à l'hôpital public. Non sans impact sur le quotidien des médecins et du personnel soignant, qui se disent désorientés. Pour décrire ce « choc culturel », le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs (SNAHAR-E) a pris une initiative originale : demander à des économistes et à des sociologues d'éclaircir les raisons et les conséquences de ce bouleversement. Leur ouvrage, *L'hôpital en réanimation* (éditions du Croquant, 19 euros, 368 p.), auquel des médecins ont aussi contribué, sort le 17 novembre. Il dresse un tableau instructif de ce qu'est devenu l'hôpital.

La tarification à l'activité, dite T2A, lancée à partir de 2004 dans les établissements, a été le ferment de la révolution hospitalière. En changeant les règles de financement des hôpitaux, ce sont les pratiques des médecins eux-mêmes qui elle a modifiées. Avant, l'hôpital recevait une « dotation financière globale » chaque année, quels que soient ses résultats. Désormais, son financement dépend des actes réalisés, ce qui a conduit à une course à la rentabilité. Effet pervers, cette réforme a pu conduire à réaliser des soins non pertinents mais lucratifs.

En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires a parachevé cette évolution, en renforçant le poids des directeurs d'hôpitaux et en créant les agences régionales de santé. Les règles du management s'imposent à l'hôpital sur fond de réductions de postes, de suppressions de services et de rapprochements entre établissements.

Cette transformation pose des questions éthiques au personnel soignant. Le syndicat des anesthésistes a fait réaliser en septembre une enquête auprès de 3 000 prati-

ciens hospitaliers, qui révèle un grand manque de lisibilité : 41,5 % de ces médecins disent ne pas savoir ce qui se passe dans le pôle auquel ils ont été rattachés, 49 % estiment que leur « directeur est collé entre ses valeurs de service public et les injonctions de rentabilité de sa tutelle ». En ressort un manque de reconnaissance, et surtout une grande désillusion : 49 % jugent qu'aujourd'hui il vaut mieux « éviter d'être médecin ». Aux praticiens, il a aussi été demandé quels mots, demain, qualifieront leur métier. Arrivent en tête « économiste-financier » et « dégradation ».

Côté personnel soignant, le moral n'est pas meilleur. Le livre résume les résultats d'une récente

enquête de la CDFP-santé auprès de 45 000 agents, qui décrivent des conditions de travail dégradées depuis cinq ans, pointant les rappels sur les jours repos, des

Selon une enquête auprès de 3 000 praticiens hospitaliers, 43 % jugent qu'il vaut mieux « éviter d'être médecin »

changements d'horaires intempestifs, du travail permanent en effectifs réduits. De cette étude ressort aussi une grande désorganisation et un manque de reconnaissance.

la souffrance et l'épuisement des personnels commencent à être étudiés dans les établissements, comme au CHU de Nantes, où les équipes ont été soumises à un échec de choc (réduction des effectifs, augmentation de l'activité) pour résorber le déficit (Le Monde du 10 octobre).

Le travail quotidien des médecins n'est plus ce qu'il était. « Aujourd'hui, nous travaillons à partir d'indicateurs. En chirurgie, les médecins ne disent plus "j'ai fait une belle opération", mais "j'ai obtenu 100 % en terme de remplissage du bloc opératoire" », s'indigne Nicole Smolski, qui préside le SNAHAR-E. « Le côté humain n'est plus valorisé : on nous demande de faire, rentable de surcroît », ajou-

te-t-elle. Elle espère cependant un sursaut des pouvoirs publics au sujet de cette « déshumanisation » engendrée par les réformes.

Décrivant un hôpital qui « souffre en silence », elle veut pour preuve le malaise fait que pour les élections professionnelles des praticiens hospitaliers qui se dérouleront à partir du 28 novembre, tous les syndicats abordent les mêmes thèmes : les craintes pour l'avenir du service public hospitalier, la perte d'indépendance des médecins et le manque d'attractivité des postes hospitaliers comparés au privé.

Chercheurs et médecins pointent certaines dérives. Ainsi, du fait de la tarification à l'activité, dans les services de réanimation,

on tend à rechercher les actes qui apportent le plus, comme la ventilation artificielle. Certains unités ont poussé cette logique au maximum, préférant, au recrutement d'un médecin, l'embauche d'un « codeur professionnel » des actes, qui rapportera plus au service.

Ils ne sont d'ailleurs pas les seuls à s'interroger sur les effets pervers de ce mode de financement. Le sujet commence à faire débat parmi les politiques. Même l'UMP, présentant les bases de sa réflexion pour la présidentielle lors de sa convention sans début octobre, a estimé nécessaire d'y regarder de plus près.

Autre sujet de débat dans le milieu hospitalier, le partenariat public-privé, signé en 2006, qui a permis la construction de l'hôpital Sud-Franilien dans l'Essonne, et qui vire aujourd'hui au fiasco. L'ouverture de ce mastodonte a été reportée, ce qui est classique pour un hôpital de plus de 100 000 lits, mais surtout, les termes du bail emphytéotique de trente ans signé avec la société Eiffage, et plus précisément le loyer de près de 40 millions par an, sont désormais remis en question.

Pour l'hôpital public, le temps semble venu d'un bilan de l'application en France du concept de « new public management » (« nouvelle gestion publique ») qui s'inspire des méthodes du privé. Paradoxe, l'arrivée des outils et méthodes du privé n'a finalement pas eu pour conséquence une autonomie de gestion des établissements, mais un contrôle accru de l'État par le biais de multiples instruments de mesure des résultats et de la performance et à grand renfort de recours aux cabinets de conseil extérieurs. Ce que décrient les chercheurs, c'est l'émergence d'une nouvelle bureaucratie, ainsi qu'une « rhétorique de la modernité » et un « bon sens gestionnaire » qui interdirait le débat. ■

« Les établissements sont devenus des usines à soins »

FRÉDÉRIC PIERRU est sociologue, chargé de recherche au CNRS. Il a codirigé *L'hôpital en réanimation*, qui sort le 17 novembre. Quel bilan tirez-vous de l'arrivée des modes de gestion privée à l'hôpital public ?

L'imposition de nouveaux outils de gestion a permis de justifier de manière autoritaire des regroupements de structures, et ainsi d'accentuer le poids des gestionnaires sur les professions soignantes pourtant habituées à une forte autonomie, comme les chercheurs ou les enseignants. C'est cette reprise en main par l'État qui heurte et désoriente les médecins. L'hôpital qui en a d'ailleurs aussi profité pour évincer les élus et mettre un terme à la gestion communale des hôpitaux, désormais étatisés.

Par conséquent, à l'expression souvent employée d'« hôpital entreprise », qui laisse supposer une certaine souplesse, je préfère celle de « usines à soins ». C'est ce

que sont devenus les hôpitaux publics, avec une prise en charge de plus en plus standardisée et déshumanisée des patients.

Nous sommes entrés dans le règne du « big is beautiful » avec ces « usines à soins », mais aussi avec ces conglomerats administratifs que sont les agences régionales de santé, créées en 2010, dont le rapprochement de personnels à cultures différentes, ceux des structures de l'État et ceux des caisses d'assurance-maladie, a été réalisé à marche forcée, sur fond de réduction de postes.

Il semble que l'on soit en train de prendre conscience des effets négatifs de ce nouveau type de gestion, et de sortir du consensus. Je pense qu'après mai 2012, quel que soit le vainqueur, nous irons vers une mise en œuvre plus négociée des réformes des services publics. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR L. CL.

« La vraie menace, c'est le manque de médecins »

PHILIPPE BLUA est directeur de l'hôpital de Saint-Omer (Pas-de-Calais) et président du Syndicat des managers de santé publique (SMSP), majoritaire chez les directeurs d'établissements. Quel bilan tirez-vous de l'arrivée des modes de gestion privée à l'hôpital public ?

Son évolution était indispensable, notamment pour faciliter les prises de décision. Avec le système de financement au budget global, qu'il ait des patients ou pas, un établissement touchait tout autant. Grâce à la tarification à l'activité (T2A), le patient et ses besoins ont été remis au centre. Résultat : l'hôpital public ne perd plus de parts de marché face au privé.

Il faut accepter de prendre ce que celui-ci sait mieux faire et que le secteur public, comme la souplesse de gestion ou la réponse aux attentes des patients. Nous pouvons procéder ainsi, tout en

restant attachés au service public et sans avoir d'actionnaires privés et de dividendes à verser. Ce n'est pas un hasard si le nombre de maternités a baissé dans le privé. En revanche, si dans le secteur public certaines ont fermé, c'est uniquement pour des questions de sécurité des soins, pas pour des raisons financières.

Il ne faut d'ailleurs pas se voir la face : le risque de fermeture de services dans les hôpitaux publics est bien moins lié à un manque de rentabilité qu'à un problème de démographie médicale. La vraie menace pour les hôpitaux publics, c'est le manque de médecins. Vu les différences de rémunération, il ne faut pas s'étonner que des praticiens soient attirés par le privé, et que désormais, dans certaines régions, on ne trouve plus certaines spécialités représentées dans le secteur public. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR L. CL.

LÆTITIA CLAVEUOL

Au Royaume-Uni, pour la première fois, un opérateur privé va gérer un hôpital public

Huntingdon (Royaume-Uni)
Envoiyé spécial

David Anthony ne serait pas en vie sans l'hôpital de Hinchbrook. Le retraité a été victime d'une soudaine crise cardiaque il y a quinze ans, mais a pu être transporté à temps pour être réanimé : « Si cet hôpital n'avait pas existé, et qu'il avait fallu aller jusqu'à Cambridge, je ne serais plus là. »

S'il soulève le sujet, c'est que la survie de l'hôpital de Hinchbrook, situé au milieu de jolies collines verdoyantes à une trentaine de kilomètres de Cambridge, a longtemps été en question. Si bien qu'il y a quelques jours, le National Health Service (NHS), le service de santé publique a pris une décision historique : l'hôpital va être géré par une entreprise privée, une première au Royaume-Uni. Le NHS rémunérera les établissements essentiellement au nombre de patients traités, il n'y avait pas assez de passage pour équilibrer les comptes. La situation paraissait désespérée il y a quelques années, quand le gouvernement travailliste avait envisagé de le fermer. Une campagne très active l'avait sauvé, mais sans rien résoudre : l'hôpital a accumulé une dette de 45 millions d'euros.

À partir de février, Circle Health, une société dont la maison mère est cotée en Bourse, va diriger l'hôpital de Hinchbrook : elle efface sa dette et, en échange, se rémunère pendant dix ans sur les potentiels bénéfices. Il s'agit de gérer, mais il n'est pas question de privatiser : les quelque 1 800 employés du NHS vont rester dans l'établissement, conservant les mêmes condi-



À l'hôpital de Hinchbrook, le 3 novembre. À partir de février 2012, c'est une société cotée en Bourse qui va le gérer. SÉANNE PLUNKETT/REUTERS

tions salariales, et les soins demeurent gratuits pour les patients. Cela ne rassure pas vraiment M. Anthony : « J'ai peur que ce ne soit qu'une étape vers un système de santé à deux vitesses. Les syndicats y voient aussi un pas supplémentaire vers ce qu'ils considèrent être la privatisation du NHS. Celle-

ci, selon eux, a commencé avec Tony Blair au début des années 2000, quand le secteur privé a été autorisé à réaliser des opérations chirurgicales pour le compte du secteur public. Elle continue avec la réforme en discussion devant le Parlement britannique, qui donne plus de place à la concurrence.

Les dirigeants du NHS nient avoir pris leur décision sur une base idéologique proprivatisation. « Il n'y a rien qui rende le secteur privé intrinsèquement plus efficace », assure Stephen Dunn, directeur de la stratégie au NHS Midlands (centre de l'Angleterre). Mais nous avons étudié beaucoup

de dossiers différents pour la reprise de cet hôpital, et celui proposé par Circle Health était le meilleur. »

Quel est donc le miracle qui permettra à l'entreprise de redresser un hôpital structurellement déficitaire ? Pour Ali Parsa, le directeur de Circle Health, c'est avant tout une question d'organisation.

« Nous divisons le personnel de l'hôpital en petites unités, et chacune a la responsabilité de ses propres opérations », explique-t-il. C'est beaucoup plus efficace que le système administratif centralisé actuel. Il dit aussi les nombreuses salles d'opération de l'hôpital : « Est-ce qu'on ne peut pas en réduire le nombre mieux les utiliser ? »

Productivité en hausse

Ancien banquier d'affaires, M. Parsa a déjà en charge une clinique à Nottingham, où il affirme avoir amélioré la productivité de 20 % la première année. Comment ? « Le NHS fait venir les patients quatre à cinq fois pour une seule opération : une fois pour le diagnostic, une fois pour les tests, etc. Nous avons réorganisé cela et, aujourd'hui, 98 % des patients sont opérés en une journée. Cela permet d'économiser énormément. »

Ces arguments ne convainquent pas Phil Green, du syndicat Unison. « Il y a peut-être quelques économies à réaliser, mais 90 % des coûts viennent des employés, dont les conditions ne changent pas. Le danger qui nous guette est double : soit Circle Health fait faillite, et nous nous retrouvons avec une dette encore plus importante ; soit, dans quelques années, l'entreprise vendra nous voir pour changer les conditions de travail des salariés », s'inquiète-t-il. L'expérience sera en tout cas suivie de très près au Royaume-Uni. Une vingtaine d'hôpitaux en difficulté financière envisagent de faire de même. Tous attendent les résultats à Hinchbrook avant de prendre une décision. ■

ERIC ALBERT