

*C'est le temps des grandes manœuvres à l'hôpital dont le point d'orgue est le projet de loi "Hôpital, Patients, Santé, et Territoires". Cette future loi, alarme autant les patients que les médecins. Fermetures de service, suppressions de consultations... Les premiers signes de réorganisation suscitent de vives inquiétudes. Jean-René, un patient, et André Grimaldi, un médecin, en témoignent.*

## Hôpitaux : la bourse ou la vie !

Une suppression de consultation gynécologique pour les femmes séropositives dans un hôpital à Marseille, la fermeture d'un service VIH à l'hôpital Saint-Joseph à Paris, d'autres menaces de suppression ou de regroupements de services çà et là, des postes de soignants qui disparaissent...

Le tableau commence à s'assombrir sur l'avenir de la prise en charge et du suivi des personnes touchées par le VIH à l'hôpital. L'inquiétude est forte parce que ces décisions sont prises pour des raisons économiques et un unique souci de la rentabilité. C'est très clairement le motif invoqué pour justifier la fermeture du service VIH à l'hôpital Saint-Joseph. Le service n'est plus "rentable", donc on le ferme.

Rentabilité, le mot est à la mode. La santé n'échappe pas à la tendance avec la mise en place progressive depuis 2004 de la tarification à l'acte (la T2A). La T2A

consiste à rémunérer les hôpitaux pour les soins qu'ils délivrent selon un barème arbitraire décidé par les pouvoirs publics. L'hôpital est donc financé en

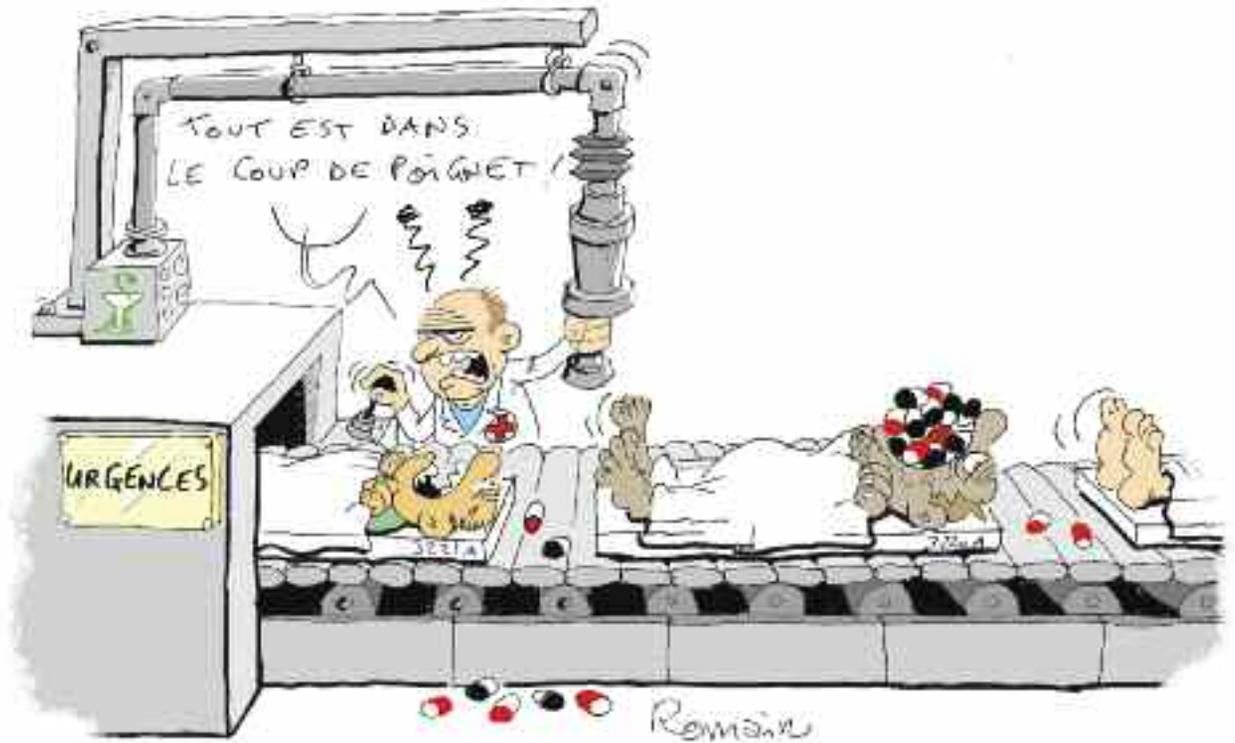
fonction de sa productivité. Le problème, c'est que la T2A privilégie les soins lourds et techniques (voir interview page 16) au détriment des consultations, moins bien rémunérées. Du coup, certaines spécialités médicales où il y a plus de consultations (peu payées) que d'actes techniques lourds (bien payés) ne rapportent pas financièrement. C'est le cas du VIH. Dans le nouveau mode de financement, ces spécialités grèvent les recettes des hôpitaux qui, pour rester à l'équilibre ou faire des bénéfices, peuvent décider de fermer les services jugés déficitaires. Pas de souci pour le gouvernement qui espère monts et merveilles de la T2A. L'ennui, c'est qu'au ministère de la Santé lui-même, on admet que "le financement à l'activité (T2A) a pu accentuer le déficit de certains hôpitaux". Ce que confirme d'ailleurs la directrice de l'hospitalisation au ministère.

Aujourd'hui, près de la moitié des hôpitaux accusent un déficit. Du coup, on privilégie les remèdes de cheval : suppression de postes, fermetures de services voire d'hôpitaux, etc. Et cela sans beaucoup se soucier des personnes suivies.

"C'est par leurs médecins que les personnes suivies à Saint-Joseph ont appris la fermeture du service VIH, pas par l'hôpital. Aucune solution n'était d'ailleurs proposée aux personnes, rappelle Nathalie Chantriot, administratrice à AIDES et vice-présidente du Corevih Ile-de-France Sud<sup>(1)</sup>. Nous avons donc eu des discussions avec la direction de l'hôpital qui a confirmé le motif économique de cette décision. C'est une grande violence pour les personnes concernées de s'entendre dire que le service ferme parce que leur maladie n'est pas rentable. Le président du Corevih, le professeur Sobel a écrit au ministère de la Santé à propos de cette affaire. Notre inquiétude vient du fait que d'autres fermetures vont probablement se produire et qu'elles ne doivent pas se dérouler dans les mêmes conditions. Des conditions dont pâtissent, comme toujours, les personnes les plus fragiles."

(1) Corevih : Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH (soins, prévention, prise en charge, etc.)

## COMMENT RENDRE L'HÔPITAL RENTABLE?



“La fermeture du service de Saint-Joseph a des allures de test, affirme Nathalie Chanriot. C’est comme si on avait voulu mesurer les réactions des patients, des associations et des médecins. De ce point de vue, l’hôpital a été surpris des réactions, de la mobilisation des patients, même si, au final, le service ferme malgré tout.” Aujourd’hui, tout le monde s’attend à une réorganisation massive des services VIH, notamment à Paris, avec la création d’un grand pôle dédié au VIH à l’Hôtel Dieu. On parle même, là encore, pour des raisons d’économies, d’inciter les personnes à se faire suivre en ville et plus à l’hôpital. “Vu l’état actuel de la médecine de ville en matière de VIH, on a tout lieu d’être inquiet, affirme Nathalie Chanriot. C’est une évidence que la médecine de ville n’est pas prête pour ce “transfert”. Quant à l’hôpital, il est à craindre que ce soient des médecins gestionnaires qui prennent la suite des médecins militants d’avant. Ce serait une grande perte.”

Jean-François Laforgerie

Illustrations : Yul Studio et Romain

### Loi HPST : les autres sujets

Texte complexe, la future loi “Hôpital, Patients, Santé, et Territoires” (HPST) ne porte pas que sur la réorganisation de l’hôpital. Elle concerne aussi la lutte contre les refus de soins dont sont très souvent victimes les personnes ayant l’Aide médicale d’Etat (AME) ou la Couverture maladie universelle (CMU) (voir en page 24). La loi HPST consacre aussi les agences régionales de santé (ARS) qui vont, à l’échelon d’une région, réorganiser les missions de santé publique (ouvertures ou fermetures d’hôpitaux, etc.). Enfin, la future loi va définir ce qu’est l’éducation thérapeutique du patient et établir les modalités de sa mise en œuvre. C’est-à-dire qui finance ces programmes, qui monte ces programmes (les médecins, les associations de personnes malades, etc.).

*Chef du service de diabétologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, le professeur André Grimaldi est engagé depuis de nombreuses années sur la défense du service public hospitalier. Excellent connaisseur du système de soins français et de ses problèmes, il est très opposé aux réformes en cours qui conduisent à une "privatisation de la santé". Interview par Fabien Sordet.*

## Hôpitaux :

"Il y a vraiment matière à s'inquiéter !"

### Quel courant domine la médecine française ?

Ces trente dernières années, le courant du libéralisme médical a clairement prédominé. Leur idée était d'assurer le pouvoir médical grâce à une limitation du nombre de médecins par réduction du *numerus clausus* [le quota fixe d'étudiants] à l'entrée en médecine. En vingt ans, le nombre de médecins formés chaque année a été divisé par trois... Aujourd'hui, c'est le libéralisme économique qui mène le jeu. La santé est devenue une marchandise comme les autres, et de grandes entreprises cherchent donc à en profiter, au sens premier du terme.

### En quoi les nouvelles réformes sont-elles dangereuses pour notre système de santé ?

Le système actuel est pervers : Pour chaque maladie est estimé un coût. Donc si vous arrivez à l'hôpital avec cette maladie, l'hôpital reçoit la somme correspondante. Si vous restez plus longtemps ou si des imprévus augmentent la facture, l'hôpital perd de l'argent. A l'inverse, si vous sortez plus tôt que prévu, vous devenez très... rentable ! On voit aisément les dérives possibles : des maladies non prises en charge dans certains centres qui préfèrent s'orienter vers d'autres maladies plus rentables, des sorties d'hôpital un peu rapides, des hospitalisations répétées rentables plutôt qu'un séjour hospitalier plus long, non rentable. Les coûts liés aux maladies chroniques s'avèrent difficiles à évaluer et ce sont donc les maladies les moins "rentables", les plus "à risque". L'exemple de l'hôpital Saint-Joseph [à Paris] est éloquent : afin d'augmenter sa rentabilité, l'hôpital a décidé de fermer le service de prise en charge du VIH et de licencier les médecins concernés. Il faut réagir car c'est tout notre système de santé qui prend cette voie...

### Ce système est donc inadapté à la médecine ?

Non, pas totalement : certaines activités techniques, standardisées justement, peuvent être pratiquées "à la chaîne", à tarifs fixes, dans des centres hautement spécialisés. Mais dès que l'on parle d'une maladie complexe évolutive, impliquant des facteurs

psychologiques ou sociaux, cela devient quasi impossible. Ainsi, la prise en charge d'une maladie chronique au départ simple, peut s'avérer très compliquée, nécessitant des consultations d'aide à l'observance thérapeutique ou la prise en charge de manifestations aiguës.

### Est-il donc choquant que l'on tente de maîtriser les coûts ?

Si l'on entend par "maîtrise des coûts", le fait de ne pas gaspiller et de faire attention aux dépenses, bien sûr que non ! C'est n'est non seulement pas choquant, mais c'est indispensable ! En revanche, la notion de rentabilité est dangereuse. C'est toute la différence entre un hôpital public et un établissement privé même s'il est à but non lucratif. L'hôpital public doit faire la preuve qu'il a bien dépensé l'argent, qu'il n'a pas gaspillé. Mais il peut perdre de l'argent, il peut être "non équilibré" financièrement, du moment que les dépenses faites étaient justifiées, utiles. En revanche, l'établissement privé même à but non lucratif doit être "équilibré" : il n'a pas le droit d'être déficitaire. Ce type d'établissements est géré comme une entreprise. Ses employés y sont contractuels et peuvent être licenciés, et si les pathologies qu'ils soignent ne sont pas rentables, on en change... Peu importe qu'il y ait un besoin sanitaire et que la prise en charge soit de bonne qualité... Par exemple, les maternités privées ferment parce que l'accouchement est mal rémunéré par la sécurité sociale. Autrement dit, l'hôpital public doit être utile, mais pas forcément rentable. Les centres privés doivent avoir des activités rentables même si elles ne sont pas forcément utiles !

### Quels problèmes cela pose-t-il ?

Ils sont nombreux ! Tout d'abord, c'est un système fragile : si ces "entreprises" deviennent moins rentables, ces investisseurs vont partir investir ailleurs, et c'est donc tout le système de santé qui est à la merci de la rentabilité du moment... Ensuite, c'est l'avènement des disparités de prises en charge : selon vos cotisations auprès de votre assureur, vous aurez droit à des prestations varia-



bles. Gilles Johannet, ancien directeur de la sécurité sociale, aujourd'hui directeur aux AGF [assurances], avait proposé une "assurance d'excellence" pour les chefs d'entreprise à 12 000 euros par an. Enfin, ces entreprises font des bénéfices que je trouve indécents, sur "le dos de la santé". Ce n'est pas en phase avec mes valeurs.

### **Et vous pensez que l'on va en arriver là pour toute la santé... ?**

Je le crains vraiment, si les maltraitances politiques continuent. Le financement des hôpitaux n'est absolument pas adapté, notamment pour toutes les pathologies chroniques, comme je vous l'ai dit. Ajoutez à cela les 35 h avec un problème de RTT [réduction du temps de travail] non pris mis sur des comptes Epargne/Temps (véritables bombes à retardement), une pénurie médicale relative due à un numerus clausus trop strict depuis des années ; c'est tout le système de santé public qui bat de l'aile. Aujourd'hui, vingt-neuf sur les trente et un CHU français sont déficitaires. Les gouvernants prévoient 20 000 à 30 000 suppressions d'emplois dans les hôpitaux publics. Si le service public hospitalier se casse la figure, cela ouvre la porte grande ouverte au privé... ! Donc oui, il y a vraiment matière à s'inquiéter.

### **Alors peut-être devait-on rester "comme avant" ?**

Non, on ne pouvait pas non plus "rester en l'état" : la médecine a considérablement évolué ces quinze dernières années. La transplantation cardiaque, avec tout ce que cela représente d'organisation (prélèvement en urgence sur cadavre, puis transfert immédiat par hélicoptère, contact du receveur, préparation, opération chirurgicale...) c'est quasiment devenu une routine ! De même en cas d'infarctus du myocarde, vous avez six heures pour arriver en salle de coronographie pour déboucher l'artère malade, et en cas d'accident vasculaire cérébral, vous avez quatre heures pour arriver en centre spécialisé de neurologie vasculaire pour espérer dissoudre le caillot sanguin. La prise en charge des patients doit être hiérarchisée en fonction des besoins et il faut créer des filières de soins. Pour que ces filières fonctionnent, il faut de la cohérence médicale, de l'homogénéité de financement et de la fluidité. A l'AP-HP [Assistance publique/Hôpitaux de Paris], chaque jour plus de 1 000 patients sont en attente de départ en centres de soins de suites et rééducation. Le système est embouteillé, en amont par l'augmentation des urgences, et en aval par l'insuffisance des places de soins de suite. Tout a changé et il est indispensable de repenser notre système de santé, même si je suis en désaccord avec l'orientation "entrepreneuriale" et non médicale qui a été prise.

Propos recueillis par Fabien Sordet

# Anormal et scandaleux !

*Séropositif depuis 1985, Jean-René a appris sa séropositivité à l'hôpital Saint-Joseph à Paris où il était suivi depuis. Il y a quelques mois, son médecin lui a dit que le service VIH où il était suivi depuis presque vingt-quatre ans fermait pour des raisons financières. A lui de se débrouiller !*

“ J'étais suivi à l'hôpital Saint-Joseph depuis 1985. C'est d'ailleurs dans cet hôpital que j'avais appris que j'étais séropositif. J'ai eu un premier médecin à une époque où les médecins ne pouvaient pas faire grand-chose, puis, dès 1987, mon médecin actuel. Je n'en ai pas changé depuis. Sans doute, parce que dès le début, il s'est intéressé aux circonstances qui ont conduit à ma contamination. Il a toujours été très soucieux de mon état psychologique et a tenu à me faire participer à ses choix thérapeutiques. Il a toujours exposé les risques de tel ou tel traitement, ses doutes sur telle ou telle stratégie. C'est un homme qui attache beaucoup de prix à la problématique individuelle de son patient. Je me souviens qu'il m'avait prescrit un traitement. Lorsque des résultats de labo sont arrivés, il a compris que le traitement avait un effet brutal sur le foie, il m'a aussitôt appelé sur mon portable pour me prévenir. J'ai apprécié cet appel urgent, son attention. Tout cela a fait que je suis attaché à lui. Je sais que beaucoup d'autres de ses patients le sont également. La disparition de son service à Saint-Joseph est un drame en ce qui me concerne. Je m'y habituais, je n'ai d'ailleurs pas le choix, mais je sais qu'il y a des personnes plus fragiles que je ne peux l'être qui sont très perturbées de la disparition de ce service. C'est mon médecin qui m'a annoncé la fermeture de ce service, le pharmacien de l'hôpital me l'a confirmé. Ce que je trouve anormal et scandaleux, c'est qu'à aucun moment la direction de l'hôpital n'a pris la peine de nous informer de cette fermeture. Pas un seul courrier, aucune information. Rien sur ce qui allait se passer ensuite. Aucune proposition pour pouvoir être suivi ailleurs dans les mêmes conditions. Cette

désinvolture, ce mépris ne sont pas tolérables. On ne joue pas comme ça avec le moral des patients. La fermeture du service VIH de Saint-Joseph conduit au départ des deux médecins du service. L'une est partie à Montreuil et mon médecin n'a pas encore de poste certain dans un autre hôpital. La direction de l'hôpital Saint-Joseph n'a commencé à réagir que lorsque les patients ont manifesté et que les médias, puis les hommes politiques se sont emparés de l'affaire. Il y a beaucoup de cynisme à se comporter de cette façon. J'ai vécu cet événement comme un test. Un test pour mesurer la capacité de réaction des patients et des associations de malades. Un peu comme si en haut lieu, on voulait voir comment réagissaient les patients face à de telles décisions et qu'on adaptait sa stratégie en conséquence. Je sais que la mode est à la concentration des services, qu'on parle même d'avoir, du moins à Paris, des hôpitaux qui soient spécialisés sur le VIH. Je ne rejette pas cette idée a priori, mais je crains que cela ne s'accompagne d'une forte réduction du nombre de médecins, d'une baisse de la qualité des soins... que cela se fasse sur notre dos. Ce qui se passe à Saint-Joseph me touche personnellement parce que cela manifeste un manque de respect des malades. Ce n'est tout de même pas compliqué d'écrire à cinq cents personnes pour leur expliquer qu'un service VIH va fermer dans trois mois, pourquoi et les aider à trouver une solution de rechange. Cela m'inquiète aussi sur l'affrontement entre le social et l'économique qui touche de plus en plus la santé.”

Recueilli par  
Jean-François Laforgerie

