

# Non aux conflits d'intérêts dans les hôpitaux publics

Alors que le gouvernement a lancé, mardi 13 février, une « réforme globale » du système de santé, les professeurs Philippe Grimbert et André Grimaldi appellent à une révision des modes de financement

Par PHILIPPE GRIMBERT  
et ANDRÉ GRIMALDI

L'hôpital public est en France dans une situation alarmante. En dépit d'efforts substantiels (7 milliards d'euros d'économies en dix ans), les hôpitaux publics devraient voir leur déficit tripler cette année et devront réaliser plus de 1,5 milliard d'économies l'année prochaine. La situation de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est tout aussi alarmante, puisqu'elle s'achemine vers un déficit de 174 millions d'euros en 2017 et va fortement limiter sa masse salariale d'ici à 2022. De nouveaux efforts vont donc être demandés à une communauté de soignants, médicaux et paramédicaux déjà à bout de souffle et dont l'état d'esprit collectif se détériore progressivement.

Comment en est-on arrivé à cette situation ? La majorité du financement des hôpitaux dépend du nombre et de la nature des actes réalisés, la fameuse tarification à l'acte (T2A) mise en place en 2004 et généralisée en 2008. Destinée à stimuler la productivité des établissements de soins, elle peut également encourager à la multiplication d'actes non pertinents et à « optimiser le codage », c'est-à-dire à augmenter autant que faire se peut la facture adressée à la Sécurité sociale. Elle peut surtout arriver à mettre l'hôpital en déficit quand l'activité stagne ou lorsque les prix des actes diminuent. Système ubuesque où, pour limiter les déficits, l'hôpital public est entraîné dans une course à l'activité sans augmenter le nombre des personnels soignants et tout en faisant l'impasse sur la complexité des pratiques médicales, sur la précarité sociale des patients et sur la gravité des pathologies souvent prises en charge en milieu hospitalier.

Dans cette logique purement comptable, la quantité d'activité prime sur la qualité et l'objet concerné par les indices d'évaluation de la qualité n'est ni le patient ni la pathologie, mais le respect de procédures. De plus, les pratiques médicales ne cessent d'évoluer mais les soignants ne peuvent mettre en œuvre de nouvelles pratiques que si elles correspondent à des tarifs rentables, d'où le

retard pris au développement des prises en charge ambulatoire et de la télé-médecine. La T2A est devenue un carcan qui freine la modernisation en transformant l'hôpital en chaîne de production.

C'est donc logiquement, dans ce contexte quelque peu surréaliste, que les relations qu'entretiennent les directeurs d'établissement public hospitalier avec les personnels médical et paramédical se dégradent de manière croissante et participent grandement à l'incompréhension voire à l'exaspération des soignants. En avril 2008, Nicolas Sarkozy déclarait : « Il faut à l'hôpital un patron et un seul... Il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui décide et qui assume ses responsabilités. » Malgré quelques aménagements décidés sous le précédent quinquennat, les directeurs d'hôpitaux placés sous la tutelle des directeurs d'Agence régionale de santé (ARS) restent les principaux gestionnaires de la mise en application du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. En clair, il s'agit de maintenir l'équilibre des comptes malgré une augmentation des charges (plus 4 % en moyenne) nettement supérieure à l'augmentation de la dotation votée par l'Assemblée nationale (plus 2 %).

## RÉÉQUILIBRAGE DE LA GOUVERNANCE

C'est eu égard à sa capacité d'« équilibriste » sur le fil de « la trajectoire financière » qu'un directeur d'hôpital se voit octroyer annuellement des primes de fonction et de résultats (PFR) dont les montants cumulés peuvent dépasser les 30 000 euros annuels et aller, selon le *Journal officiel*, jusqu'à 50 000 euros, instaurant un potentiel conflit d'intérêts.

Alors que de vastes projets de regroupements et de restructurations de l'offre de soins se préparent, notamment dans les hôpitaux de l'AP-HP, il est à craindre que la survalorisation des actes génère davantage une mise en concurrence des établissements que l'organisation d'une véritable coopération. Les conflits qui en découlent ne pourront que s'amplifier. L'application de la règle du « juste soin pour tous les patients au moindre coût pour la collectivité » doit conduire à une révision des modes de financement mettant fin à l'opposition entre l'intérêt de l'établissement et l'intérêt de la Sécurité sociale. Cela suppose un rééquilibrage de la « gouvernance » entre les soignants et les gestionnaires. ■



**Philippe Grimbert**

est professeur de néphrologie,  
chef de service,  
CHU Henri-Mondor (Créteil)

**André Grimaldi**

est professeur émérite,  
CHU Pitié-Salpêtrière (Paris)