

HOPITAUX : UN RAPPORT DENONCE UNE « PRESSION PERMANENTE » ET UNE « COURSE A LA RENTABILITE »

En confiant une mission à l'ancien député PS Olivier Véran, le gouvernement a souhaité poursuivre la réforme du financement des hôpitaux, et « corriger » les effets pervers de la tarification à l'activité (T2A).

En liant le budget des hôpitaux au nombre d'actes, la tarification à l'activité suscite un malaise chez les soignants. Plusieurs d'entre eux ont exprimé leur amertume devant un comité en quête de nouveaux modes de financement, évoquant une « pression permanente », une « course à la rentabilité ».

Avec ce système, introduit en 2005 par souci d'efficience, les caisses des établissements de santé se remplissent en fonction des types d'actes et de séjours enregistrés. Mais les sommes forfaitaires allouées ne tiennent compte ni des spécificités du patient, ni du nombre de jours passés à l'hôpital, certaines prises en charge s'avérant plus rentables que d'autres.

L'impression de mal faire leur travail

Pour rectifier le tir, Olivier Véran devra notamment étudier le développement d'une « dotation modulée à l'activité » plus adaptée aux pathologies chroniques par exemple, en vue du budget de la sécu pour 2017. Pour l'heure, le neurologue du CHU de Grenoble a entrepris de consulter ses confrères, passant fin janvier par l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), où se tenait un débat organisé avec le mouvement de défense de l'hôpital public. **L'occasion de constater l'ampleur de leur mal-être face à l'hôpital-entreprise** et à l'impression de mal faire leur travail. « **La tarification à l'activité a perverti la finalité de nos actes soignants** », lance ainsi la neurologue Sophie Crozier, devant la quarantaine de personnes réunies à la faculté de médecine de la Pitié Salpêtrière. « **On nous demande du faire du chiffre** » renchérit Valérie Chigot, radiologue, allant jusqu'à parler de « **maltraitance des patients** ».

« Surtout ne pas parler au patient »

Comment comprendre que la prévention des risques pour des patients hospitalisés après un AVC, par exemple, soit moins valorisée qu'une complication respiratoire, « tout bénéf pour l'hôpital », demande le Dr Crozier.

« Faut-il attendre les complications ? » Il arrive que des patients, renvoyés chez eux trop rapidement, soient réhospitalisés, poursuit Annabel Oliver, assistante sociale à Bichat.

Pour « faire du chiffre », des « recettes » sont mises au point, ironise le Dr Chigot, comme « ne jamais refuser d'exams complémentaires ou une IRM à une patiente de 16 ans qui a une migraine ».

Et « surtout ne pas parler au patient », déplore celle qui s'est entendue dire, après avoir détecté un cancer de l'ovaire chez une patiente : « tu ne lui parles pas, tu l'envoies en IRM, on va l'hospitaliser ».

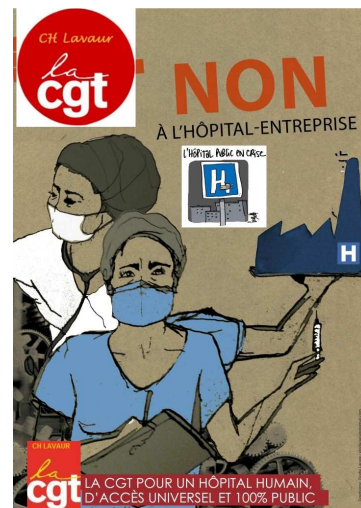
Peur d'être montré du doigt et suppressions de postes

La pression, « permanente », se matérialise dans « les tableaux d'activité qu'on reçoit, les comparaisons avec les années et les mois précédents », les réunions où l'on parle « augmentation du pourcentage d'activité » et où l'on n'entend « même pas le mot patient », explique Sophie Crozier.

S'y ajoute la peur d'être montré du doigt et des suppressions de postes, car « si ton hôpital est en déficit, tu sais que tu auras moins de personnel », poursuit le professeur André Grimaldi.

Les services prenant en charge les personnes âgées, les maladies chroniques, les personnes précaires, moins « rentables », sont de « mauvais élèves », déplorent les intervenants, rappelant que le service public se doit d'accueillir tout le monde.

Source 20 Minutes avec AFP



CéGéTez vous et mêlez vous de votre hosto !