

L'HÔPITAL : Au point de rupture

Une crise qui vient de loin

Exposé à partir de l'article du quotidien Le Monde du 31 décembre 2021

Introduction : le Covid est le révélateur et l'amplificateur des problèmes de l'hôpital public. Ce sont le résultat des réformes faites depuis 20 ans, par la gauche et par la droite, pour réduire les coûts.

Développement : quelques questions et quelques sigles

Un médecin compare la situation de l'hôpital à un élastique qu'on tire jusqu'au point de rupture.

Questions : pourquoi a-t-on fermé des lits à l'automne ? Pourquoi l'hôpital compte-t-il tant de départs et d'absentéisme des personnels soignants ? Pourquoi y a-t-il pénurie de médecins ?

Quelques sigles Et beaucoup de dégâts ...

T2A : tarification à l'activité

Ondam : objectif national de dépenses d'assurance maladie

HPST : loi hôpital, patients, santé et territoires

Le Ségur de la santé, avec ses 10 milliards d'euros pour la revalorisation des salaires et les 19 milliards d'investissement est insuffisant et arrive trop tard ...

1° Une lente asphyxie budgétaire (documents 1,2 et 3)

L'Ondam, créé à la fin des années 1990, resserre son étau sur le budget à partir de 2010 (doc1) : à cette date, pas question de dépasser l'enveloppe budgétaire de l'hôpital public qui progresse de 2 à 3 % alors qu'il faudrait au minimum 4 à 5 %. (doc 2)

Conséquences sur les 10 dernières années :

- les soins augmentent de 18,8 % et les effectifs des personnels de 3,7 % entre 2009 et 2019. Donc augmentation de la productivité du personnel et la dégradation des conditions de travail des soignants auquel s'ajoute le gel du point d'indice avec pour résultats la paupérisation des personnels et les départs de certains d'entre eux.
- en 15 ans, 10 milliards d'économies sont demandés aux hôpitaux avec pour résultat l'endettement des établissements qui s'envole (ex plus de 30 milliards en 2015) (doc3 l'investissement ...)
- ce régime sévère imposé à l'hôpital a prévalu quelque soit le gouvernement en place, de gauche comme de droite (Chirac, Sarkozy, Hollande et Macron). Pour combler le déficit de la Sécu, la diète se concentre sur l'hôpital public, plus facile à restreindre que la médecine de ville (doc 1).

C'est compter sans le vieillissement de la population (le baby boum et devenu papy boum) et l'augmentation des besoins liés à une population aux comorbidités plus nombreuses.

Le « virage ambulatoire » (prise en charge sur moins de 24 heures) justifie les réductions des capacités (notamment en lits et en personnels) des hôpitaux mais c'est allé trop loin (doc 4).

Avec Emmanuel Macron, l'Ondam prévoit des économies supplémentaires ...ce qui déclenche la mobilisation des infirmiers, des aides-soignants et médecins en 2017-2018. Puis arrive le Covid

2° La T2A ou la course à la rentabilité (doc 5) :

Symbole de l'hôpital-entreprise, de la politique du chiffre, de la course à la rentabilité, de la mise en concurrence des hôpitaux, ce système est déployé à partir de 2004.

Son principe : l'activité est classée, selon le profil du patient, son diagnostic, les actes médicaux réalisés : ce sont les GHM (groupes homogènes de malades). Pour chaque groupe, on évalue le coût moyen de la prise en charge, puis un tarif lui est attribué par l'Etat. C'est ce tarif qui est reversé, ensuite, par l'assurance-maladie à l'hôpital.

Sous Sarkozy, la T2A est généralisée en 2008 pour atteindre 100% du financement des soins en médecine, chirurgie et obstétrique. « Le tarif guide la pratique. Il y a des tarifs qui rapportent, et les autres, mais on ne se pose jamais la question de la pertinence du soin. » André Grimaldi, diabétologue .

Assez vite, dès 2010, les tarifs baissent, indépendamment de toute réalité, pour rester dans l'enveloppe figée de l'Ondam. Dès lors, les hôpitaux réduisent toujours les coûts (et les soins ?), réduisent le personnel, augmentent la pression sur les soignants, mettent en concurrence les services ...

Mais c'est plus le budget insuffisant qui créé le problème que la répartition en fonction de l'activité, estiment certains.

3° Le difficile équilibre entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif :

« Il faut un patron à l'hôpital » disait Sarkozy. En 2009, c'est chose faite avec la loi HPST : les pouvoirs des directeurs sont renforcés (ex : la nomination des chefs de services passe de la communauté médicale au pouvoir administratif ...), l'installation des ARS (Agences Régionales de Santé) chargées de piloter et de réguler l'offre de soins dans les régions (et si possible de la restreindre...). « On assisté à une multiplication des agences, des mécanismes de régulation, des contraintes normatives, qui ont généré énormément de bureaucraties ». Frédéric Valletoux, de la FHF. (ex au CHIVA autant d'administratifs que de soignants)

Il y a une forte demande pour redonner plus de pouvoir au médical. « La culture du chiffre, du bla bla et des process sape le moral des personnels hospitaliers » lettre du collectif des 1376 professeurs de médecine et médecins en décembre à Macron.

4° Des non-réformes qui pèsent sur l'hôpital (doc 6)

La permanence des soins (nuit, weekend) pèse de plus en plus sur l'hôpital public, à mesure que les déserts médicaux ont progressé en médecine de ville, privée (et que les médecins de ville voulaient un mode de vie plus tranquille).

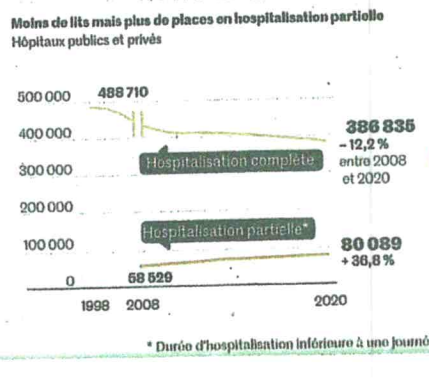
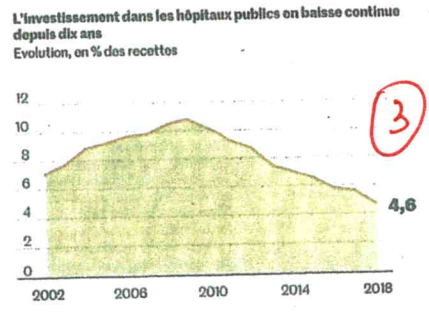
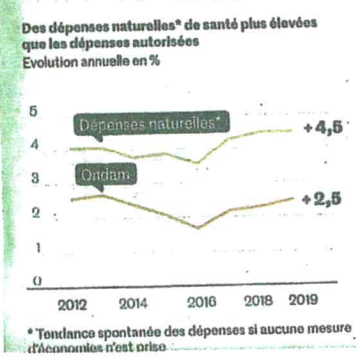
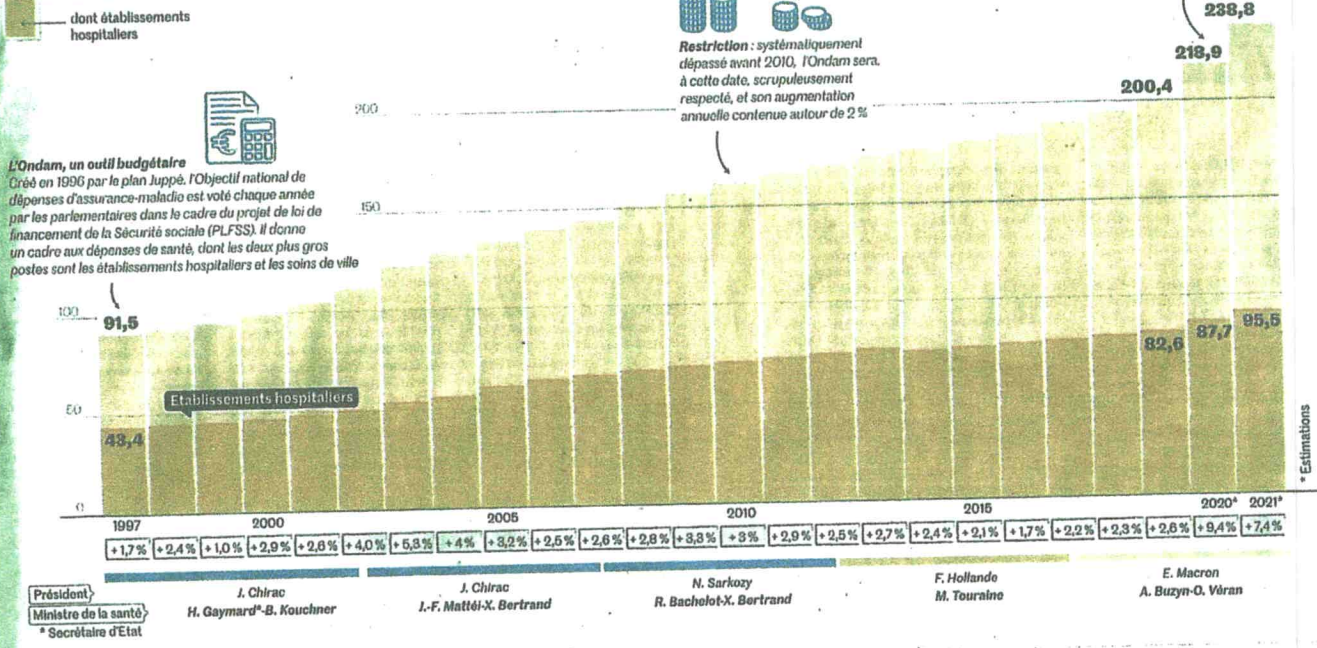
Aujourd'hui, 30% des postes de praticiens hospitaliers sont vacants, surtout dans certaines spécialités contraignantes.

La pénurie médicale s'est aggravée à cause du numérus clausus (nombre maximal d'étudiants en médecine par an) qui est descendu au plus bas à la fin des années 1990 avec, derrière, l'idée (géniale !!!) de limiter la progression des dépenses de santé en diminuant le nombre de médecins. Pour mémoire, les différents premiers ministres qui ont impulsés la baisse du numérus clausus : Mauroy 1983, Fabius 84, Chirac 86, Rocard 88, Cresson 91, Bérégovoy 92, Juppé 95, Jospin 2000 ...

Aujourd'hui, le numérus clausus est supprimé mais le mal est fait ...et il faut de 10 à 15 ans pour former un médecin.

Reste la question épineuse du lieu d'installation des médecins mais il existe un « manque de courage des politiques de tout bord » pour régler ce problème, estime Gérard Vincent, ancien délégué général de la Fédération Hospitalière de France.

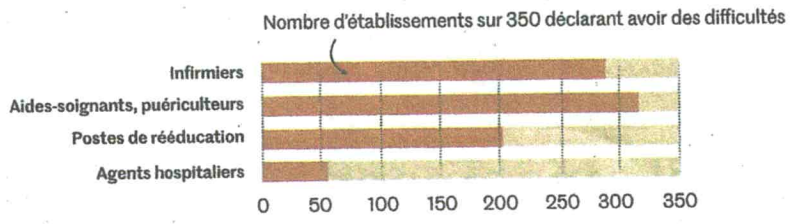
Conclusion : la crise profonde de l'hôpital public a donc été orchestrée de longue date, comme a été orchestrée la casse de tous les services publics depuis plus de 20 ans. Mais aujourd'hui plus que jamais, c'est la santé publique qui est en jeu et ce sont les malades (nous sommes tous passés par l'hôpital à un moment ou un autre de notre vie) qui paient, avec les soignants, la note salée des différentes politique d'austérité imposée à la santé publique en général.



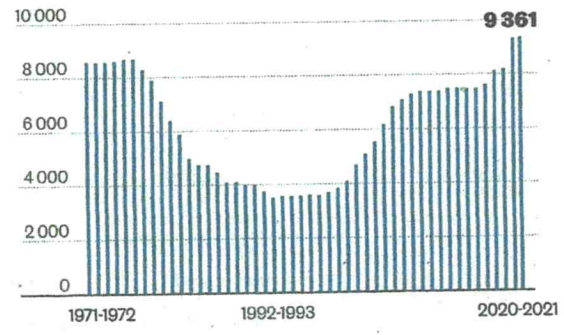
Un manque de personnel à l'hôpital

Enquête réalisée au cours de l'été 2019 par la Fédération hospitalière de France auprès de 350 établissements de santé, dont 17 centres hospitaliers universitaires, 242 centres hospitaliers et 74 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

La difficulté de recrutement par métier en 2019, en %



Numerus clausus des médecins et postes vacants



- Vacance de poste (temps plein), en 2019**
- 40,5% Oncologie
 - 38,5% Anesthésie-réanimation
 - 29,1% Médecine d'urgence
 - 28,9% Chirurgie