

# Les aspects médicaux de la nouvelle gouvernance

**Gilles  
PIALOUX**

**11 Juin 2010**



**JNI 2010 - MONTPELLIER**

La loi au stade de projet

# Hôpital, Patients, Santé, Territoires

dite « loi HPST »

dite aussi « Loi Bachelot »

**4 titres et 31 articles**

Titre I – Modernisation des établissements de santé

Titre II – Accès de tous à des soins de qualité

Titre III – Prévention et santé publique

Titre IV – Organisation territoriale du système de santé

# Loi HPST

## Où en sommes nous ?

La loi a été adoptée par l'Assemblée Nationale et le Sénat sans problème ...

Rupture médecins/politiques/directions ?

5000 amendements proposés, 400 acceptés ?

Après une procédure d'urgence demandée par la  
Ministre.....

# Les 3 points de critique qui furent « unanimes » :

- 1) **LA DEMEDICALISATION DU PROCESSUS DE DECISION A L'HÔPITAL;** LES PLEINS POUVOIRS AU DIRECTEUR « seul patron » à l'hôpital avec compétences retirées au CA : EPRD, plan d'investissement, mise en place du directoire, nomination (et licenciement) des PH, nomination des chefs de pôles...
- 2) **LA FIN DES SERVICES HOSPITALIERS...** même si ce n'est pas écrit comme cela.
- 3) **L'ORGANISATION DE SUPPRESSION D'EMPLOIS DANS UNE SEULE LOGIQUE COMPTABLE** (cf EPRD 2009 à l'APHP)... même si ce n'est pas dans la Loi.

Date: 28.03.2009

OJD: 354316

Page: 1-9

Edition: PRINCIPALE (FRANCE)

Suppl.:

Rubrique: France

Le Monde



# Les médecins craignent de voir le seul impératif de rentabilité gouverner l'hôpital

La colère monte contre la réforme menée par Roselyne Bachelot

**Q**ui dirigera les hôpitaux ? C'est désormais la question clé du débat sur la réforme hospitalière.

Le projet de loi élaboré par la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, prévoit de concentrer les pouvoirs de direction de l'hôpital dans les mains d'un administrateur : il devient le président d'un directoire où siègent des praticiens majoritairement nommés par lui. Mais les médecins ont toujours dénoncé cette mesure qui conduirait à la mainmise du pouvoir administratif, à « une gouvernance monocéphale, médicalement

aveugle, sans garde-fous éthiques », estime l'un d'eux.

Les débats à l'Assemblée nationale n'ayant pas modifié ce point du projet de loi, les médecins sont prêts à se mobiliser avant l'examen du texte au Sénat, à partir du 12 mai. Les présidents des commissions médicales d'établissement (CME) menacent déjà de démissionner si rien ne change.

De leur côté, les directeurs dénoncent un « faux problème ». « Un directeur qui souhaiterait diriger un hôpital sans les médecins ou contre eux aurait une démar-

che suicidaire, explique Paul Castel, président de la Conférence des directeurs de CHU. Mais on ne peut être en situation de coresponsabilité : il faut un décideur, et un seul, à l'hôpital. »

Si la contestation monte, précisent certains médecins, c'est surtout parce qu'ils craignent de voir l'objectif financier l'emporter sur tous les autres. A l'hôpital de La Timone, à Marseille, le professeur Brigitte Chabrol estime que « la notion de rentabilité ne va pas dans le sens de la médecine que nous pratiquons ». ■

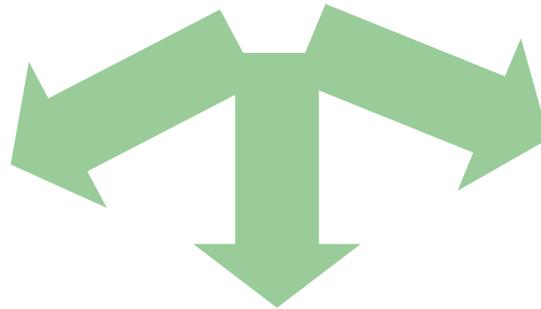
## Hôpital : fronde des médecins contre la réforme

Nicolas Sarkozy veut un seul patron à l'hôpital. Le corps médical dénonce une logique d'entreprise

# Objectifs de la loi

*Loi d'importance majeure dont  
l'orientation est résolument libérale*

**Economique**  
*l'objectif, désormais  
obligatoire =  
ramener les  
dépenses de santé à  
l'équilibre  
budgétaire*



**Politique**  
alignement total  
sur une démarche  
marchande et  
concurrentielle

**Territorial**  
L'organisation  
hospitalière, dans le  
cadre de la  
régionalisation et des  
territoires de santé,  
entend peser  
qualitativement et  
quantitativement sur  
l'offre de soins

# Part de prise en charge des activités médicales selon le statut de l'établissement, pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2005 (en%)

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
Vasculaire interventionnel	43,2	8,3	48,6
Autres prises en charge	49,7	8,2	42,1
Gynécologie	57,6	7,5	34,9
Vasculaire périphérique	60,9	8,7	30,4
Uro-néphrologie	63,5	6,8	29,6
Tissu	63,9	8,6	27,5
ORL, Stomatologie	65,6	6,6	27,8
Cardiologie	68,6	7,3	24,1
Digestif	70,5	7,3	22,3
Orthopédie, Rhumatologie	70,7	6,8	22,5
Nouveau-nés	73,5	5,5	20,9
Ophtalmologie	75,7	4,4	19,9
Hématologie	77,8	14,8	7,4
Pneumologie	81,9	7,7	10,4
Brûlures	86,0	2,4	11,6
Endocrinologie	86,2	7,5	6,4
Système nerveux	87,4	6,6	6,0
Maladies infectieuses (hors VIH)	88,0	6,4	5,6
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	91,3	6,1	2,6
Maladie VIH	99,1	0,8	0,1
Total	66,1	8,0	25,9

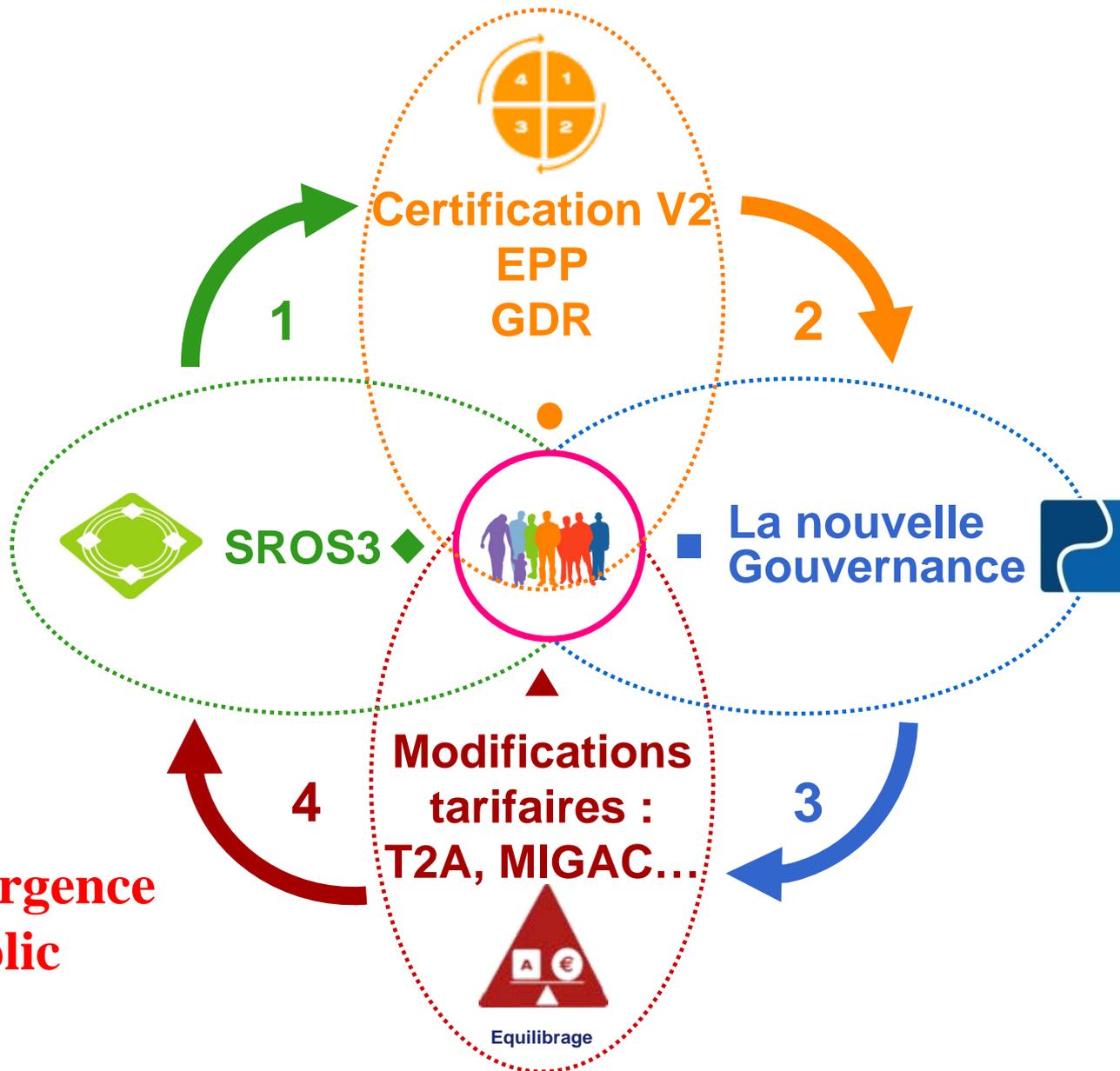
Note de lecture : 61 % de l'activité médicale en vasculaire périphérique est prise en charge par le secteur public, contre 30 % par le secteur privé à but lucratif et 9 % par le secteur privé à but non lucratif.

\* Il n'est pas présenté dans ce tableau le pôle d'activité "chimiothérapie, radiothérapie et transfusion".

Champ : France métropolitaine

Source : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques

# Les 4 réformes de l'hôpital



+ la convergence  
privé/public  
en 2012!

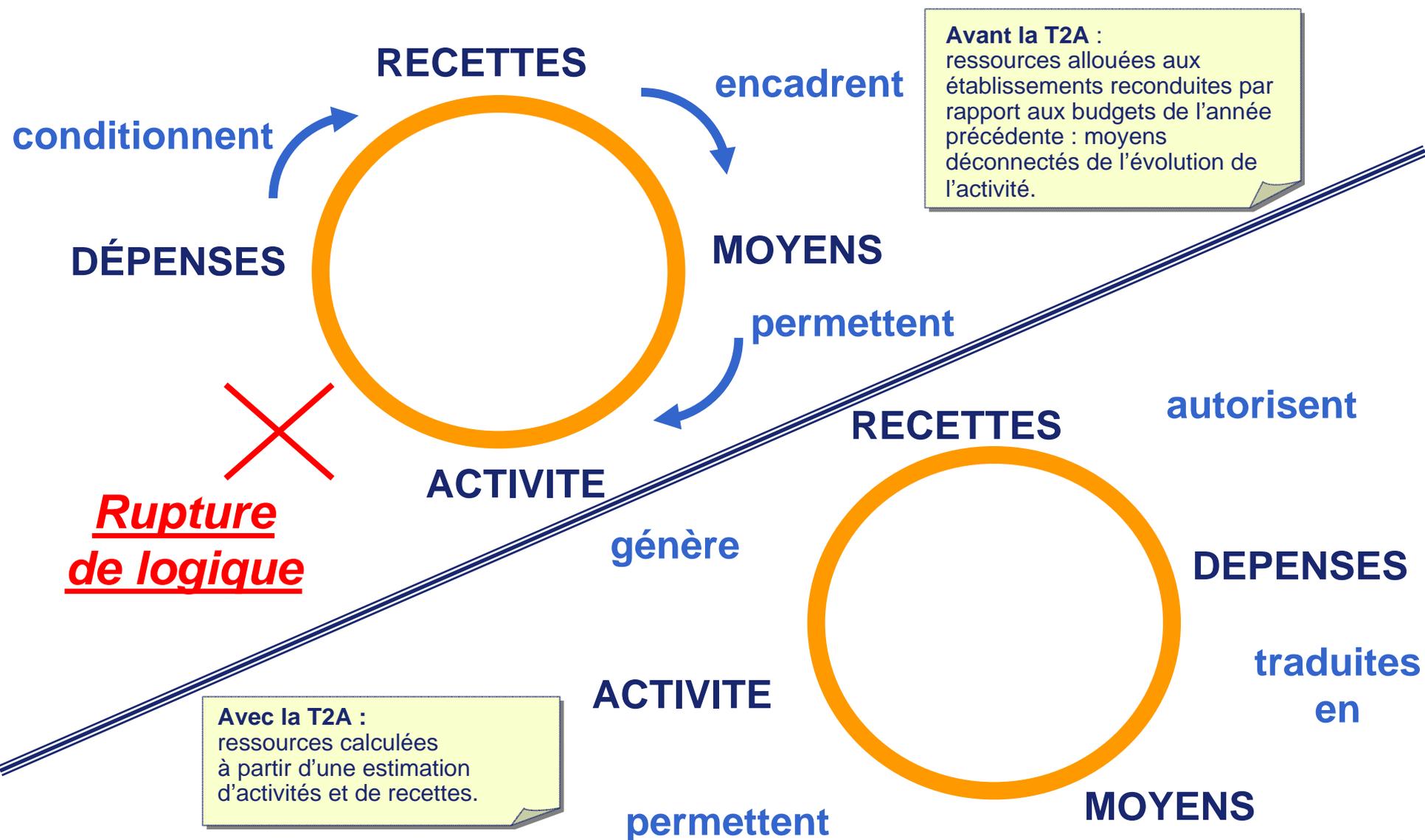


# La tarification à l'activité (T2A) 2008 = 100 %

(réforme de l'allocation de ressources  
des établissements de santé)

**Et l'outil PMSI inadapté/inadaptable ?**

# Les principes de base de la réforme tarifaire

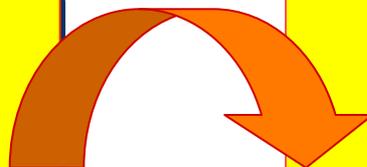


# LE PAIEMENT AU TARIF PAR SEJOUR

**G.H.M.**

Groupes Homogènes  
de Malades

**PMSI**



**G.H.S.**

Groupes Homogènes  
de Séjours

**T2A**

LA DEFINITION DU GHM REPOSE SUR UNE NOTION DE VALORISATION MOYENNE et de CO-FACTEURS

Bronchite et asthme, âge de 18 à 69 ans sans complication et ou CMA = **1902 €**  
Bronchite et asthme, âge de 18 à 69 ans avec complications et ou CMA = **3490 €**

# T2A & précarités

## D'accord mais au bon moment !

### Patient entrant des urgences dans une grande précarité

- S'il décède avant minuit = 800 €
- S'il décède dans les 48 heures = 8 400 €
- S'il décède au bout de 15 jours = 8400 €

### Morale de l'histoire ?

# Exemples GHS/GHM VIH

GHS	GHM	GHM LIBELLES	borne basse (J)	borne haute (J)	Tarif (€)	exh (€)
8700	25C02Z	Interventions pour maladie due au VIH	-	18	3 118,07	417,60
8750	25M02A	Autres maladies dues au VIH	-	32	1 470,68	102,27
8751	25M02B	Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse	-	19	1 638,35	188,32
8752	25M02C	Maladies dues au VIH, avec plusieurs complications infectieuses	-	36	2 649,54	165,60
8753	25Z02E	Maladies dues au VIH, avec décès	4	72	4 487,46	140,23
						217 50

**Tarifs 2005**

# Les réformes et le VIH ?!

- La prise en charge du VIH : pas d'actes donc peu de recettes ?
- Quels groupes « homogènes » ? Le VIH comme modèle d'une pathologie complexe, ou pèse le non-médical (social, sexualité, observance, prévention, précarité, ...etc)
- Que faire des malades « hors les clous » (hors « outliers ») ?
- Comment faire avec la non-programmation des complications du VIH (NB : 60% plus cher) ?
- Comment est prise en compte et valorisé la dimension médico-sociale de la précarité (NB : 30% plus cher) ?
- Quelle confrontation dans les Pôles entre spécialités « rentables » et « non rentables » ? Exemples « chirurgie de la Prostate » contre « patient VIH/VHC/substitué/AME » & « chirurgie de la myopie » contre « tuberculose du SDF » .
- Quelle convergence avec le Privé ?

# Les effets pervers sur le terrain

- La qualité des soins pénalisée ?
- Réorientation des Pôles vers des activités « rentables » type médecine interventionnelle (ex cardio) ?
- Les risques de l'enveloppe globale (et non plus tableau des emplois) dédiée désormais aux POLES = chacun peut se servir, le VIH cible rêvée ?
- T2A ou TAR : Tarification aux Recettes plus que Tarification à l'Activité ?
- Regroupements hospitaliers sans tenir compte de la logique de soins (1 + 1 = 1,5)

# Que faire du patient «non-rentable» ?

PAR PIERRE-MARIE GIRARD, CHRISTINE KATLAMA, GILLES PIALOUX et YAZDAN YAZDANPANAH ◀ médecins des hôpitaux, professeurs des universités.

**L**e plan hôpital public 2007-2012, qui met fin à la gabegie du budget global, est censé responsabiliser les acteurs de santé en développant les outils de contrôle de gestion. Nul soignant ne saurait aller contre cette volonté. Mais le maître mot de l'hôpital public se résume désormais à un acronyme de trois lettres, «ASP»: activité, stratégie, et performance. En filigrane se profile le passage de l'«hôpital entreprise» vers l'hôpital comptable, placé sous le joug de la tarification à l'activité, d'une confrontation directe avec les cliniques privées dans une obsession (certes légitime mais pas à n'importe quel prix...) à combler les déficits.

Au sein de l'hôpital public, il faut voir ce que sont devenues les réunions entre administratifs et soignants – et même entre soignants. Des réunions d'une tout autre facture sémantique: «recettes, dépenses, exhaustivité, mutualisation, indice de performance, rendu des emplois, indus perçus», on y parle même «d'intéressement à l'acte» et de «primes à l'activité» dont l'avenir dira si elles feront autant, ou plus, de mal à l'hôpital que les 35 heures. Et toujours nulle trace du malade...

Pour ceux d'entre nous qui avons été aux premières heures du combat contre le sida, avec l'intrusion du non-médical dans

la prise en charge des malades à l'hôpital, c'est un choc. Pourtant, d'autres pathologies ont confirmé, depuis, le poids du social dans l'activité de soin, la difficulté à comptabiliser les missions d'informations, de formation, de prévention, d'éducation thérapeutique, de soins de suite etc. Une même pluridisciplinarité médico-non-médicale est indispensable à la lutte contre l'hépatite C, la tuberculose, le paludisme, mais aussi le diabète, ou le cancer. Dernier avatar de cette mue comptable,

**En filigrane se profile le passage vers l'hôpital comptable, placé sous le joug de la tarification à l'activité, d'une confrontation directe avec les cliniques privées.**

dont les effets centrifuges sur le patient inquiètent les soignants que nous sommes: les pôles. Ces regroupements de services médicaux, chirurgicaux, de laboratoires ou de services techniques, sont parfois organisés sur une simple logique spatiale au sein de l'hôpital; par exemple regrouper les services d'un même bâtiment. Les pôles sont censés, en augmentant la masse critique, «décloisonner les services» en se «reconcentrant sur le patient». Las, si la démarche est louable pour des pôles centrés sur des pathologies, ils constituent des structures dont les centres

de responsabilité sont inévitablement éloignés des patients eux-mêmes.

La tarification à l'activité (T2A) impose de mettre en miroir les dépenses et les recettes. Une telle comptabilité se traduit par une confrontation, quand ce n'est pas un affrontement, entre des spécialités dont le mode de fonctionnement, l'historique, l'attribution des moyens, les besoins, l'évaluation de la charge de soins et les patients sont totalement différents.

Pour ne citer qu'un exemple, la confrontation, au sein d'un même pôle, d'un service de chirurgie et d'un service de maladies infectieuses et du voyageur voit ce glissement comptable opposer, d'une part, une chirurgie standardisée, programmée (une admission non-programmée coûte 60% plus cher), «rentable», sans comorbidité, sans difficulté sociale à trouver un lit de suite et, d'autre part, des situations de précarité, avec de multiples maladies associées, et dont la durée moyenne de séjour sera nécessairement allongée en requérant une prise en charge mobilisatrice de moyens non valorisés dans le prix du séjour (éducation thérapeutique, soins palliatifs, prise en charge sociale, prévention...).

Dans cette logique «recettes», la tentation de lissage par le bas est forte. Lissage plus que mutualisation où l'on privilégie le non-précaire au précaire, le chirurgical au médical, la prostatite au sida, la prothèse de hanche à la tuberculose du SDF, le «programmé» au non-programmé, la monopathologie à la polyopathie et la file active, captive et programmable au service public ou à l'aval des urgences. Bref, le patient «rentable» au «non-rentable».

La T2A est inadaptée et inadaptable aux spécialités qui cumulent à la fois une médecine non-programmée et des patients lourds sur le plan médical, paramédical mais aussi social. Il en est ainsi des maladies infectieuses mais aussi de la diabétologie, d'une partie de la néphrologie, de la neurologie, de la gériatrie, de la médecine interne. La possibilité d'une «non-rentabilité» des malades devrait rester une dimension du service public.

La lutte contre le sida, et plus généralement la santé publique, constitue en ce point un modèle qui devrait éclairer la réforme du système hospitalier. Les contraintes qui pèsent aujourd'hui sur l'hôpital sont inadaptées à un grand nombre de malades. A moins qu'il ne s'agisse, au bout du compte, de bouter hors les murs de l'hôpital public les missions et les malades «non-rentables». Mais pour aller où ?

# **Pas si « non-rentable » que cela ...**

**Exemple d'un SMIT (Tenon-APHP)**

- **Recettes T2A théoriques 2008 : 5 297 185 €**
- **Recettes T2A/ETP = 551 790 €**
- **IP = 1,06**
- **PMCT 2008 = 4 217,56 €**
- **Conventions recherche clinique = 82 254 €**
- **Dispensation Pharmacie (ARV et autres) : 620 000 € ...**
- **Publications > Sigaps > MERRI ( ?? €)**

# JUSTIFICATION DU NOMBRE DE LITS DEMANDE DANS LE CADRE DE L'INFECTIOPOLE SUR LES DONNEES D'ACTIVITE PMSI 2007

*Rapport demandé par le Président de la CME*

*Pr. Guy MOULIN*

*Et par le Directeur Général de l'AP-HM*

*Jean Paul SEGADE*

*Pr. Philippe Brouqui et Pr. Didier Raoult, Pole MIT AP-HM*

*Octobre 2008*



Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille



Patients

Professionnels  
de santé

Etudiants

Fournisseurs

Presse

Toute notre énergie au service du Soin

# CONCLUSIONS MIT AP-HM

- Sur un total de 43 GHM « infectieux » en 2007, 703 (20,17%) sont réalisés dans le Pôle de MIT, donc 80 % hors MIT !
- Sur les 13 GHM infectieux les plus fréquents, 10 (77%) sont réalisés avec une DMS plus courte en MIT que hors MIT;
- La prise en charge de ces 13 GHM en MIT fait économiser 704 000 €/an;
- **60 % des infections hospitalisées en MIT ne sont pas codifiées dans les 43 GHM «infectieux »**

hôpital	chef service	nb lits	TOC administratif	ETPR*	séjours + d'1 nuit / ETPR	recettes T2A théoriques	recettes théoriques T2A / ETPR		IP
BICHAT	YENI	70	77,1%	18,5	117	2 004 834 €	615 293 €		1,16
			91,9%			9 378 078 €			1,35
NECKER	LORTHOLARY	20	84,4%	5,9	102	2 781 669 €	471 469 €		0,88
PSL	BRICAIRE	44	92,9%	12,9	94	5 278 862 €	409 214 €		1,29
R POINCARÉ	PERRONNE	36	77,7%	12,1	81	3 778 025 €	312 233 €		1,17
SAT	GIRARD	28	96,6%	8,9	111	4 694 877 €	527 514 €		1,1
ST LOUIS	MOLINA	30	95,3%	6,7	129	4 986 233 €	744 214 €		1,22
TENON	PIALOUX	28	96,0%	9,6	107	5 297 185 €	551 790 €		1,06
AVICENNE	KRIVISKY	32	77,2%	14,8	241	2 184 751 €	378 758 €		1,2
	BOUCHAUD		94,3%			3 420 872 €			1,02
PAUL BROUSSE	VITTECOCQ	20	84,8%	9,4	149	3 630 949 €	386 271 €		0,97
moyenne APHP					126		488 529 €		

# Le regard de Plantu

## Réforme des hôpitaux

DORÉNAVANT, LES MALADES SERONT SOIGNÉS PAR DES MÉDECINS!

# ON A GAGNÉ!

