Rétablir la confiance à l’hôpital

***Pierre Gibelin***

***Professeur de cardiologie — chef du service au CHU de Nice***

**L**

**e titre de la commission « pacte de confiance pour l’hôpital public » indique clairement la voie. En effet il est impératif de rétablir la confiance au sein des établissements hospitaliers. Les relations humaines au sein des équipes soignantes se sont nettement dégradées ces dernières années notamment du fait de perte de confiance des uns envers les autres ; un mal être s’est progressivement installé. Cette dégradation des conditions de travail, comparable à celle de France Telecom, est surtout liée à la pression accrue sur les équipes soumises à la rentabilité, et aux problèmes de la légitimité des pouvoirs. Ces deux sources de mal être sont dues à deux réformes essentielles : l’une portant sur le financement des hôpitaux (T2A) et l’autre sur l’organisation en pôles. Les deux sont intimement liées, le système de pôle définit par la loi HPST étant le bras armé de la réforme financière.**

Les limites et les effets néfastes de la T2A ont été clairement abordés par le candidat François Hollande dans sa proposition 19 : «  je réformerai la tarification pour mettre fin à l’assimilation de l’hôpital avec les établissements privés ». De même, dans son discours du 2 février 2012, en clôture du forum « la santé est notre avenir » à Paris, François Hollande déclarait  « je mettrai fin au principe de convergence tarifaire entre le public et le privé… je redéfinirai le mode de financement de l’hôpital pour l’adosser à d’autres critères que la seule activité ». La tarification à l’activité et la volonté de convergence des tarifs ne peut amener l’hôpital public qu’au déficit ou à l’abandon du principe de solidarité d’accès aux soins pour tous et sur tout le territoire. En effet les hôpitaux publics doivent prendre en charge tous les patients quelques soient leur âge, statut social ou pathologie. Ils doivent en outre assurer la permanence des soins, l’enseignement, la recherche (en particulier pour les CHU). D’autre part les coûts ne sont pas les mêmes : honoraires des médecins et actes para cliniques inclus pour les hôpitaux (biologie, kinésithérapie…) et normes de sécurité différentes (repos de sécurité par exemple qui ne s’applique pas aux médecins non-salariés des cliniques) ; Enfin ce système est inflationniste avec tendance à la surconsommation et création d’une concurrence malsaine entre les services (passages de patients non rentables). On assiste donc à l’inverse de l’effet d’efficience économique recherché ce qui n’a pu être possible que par l’association de la réforme de la tarification avec celle de la gouvernance des hôpitaux, à savoir les pleins pouvoirs au directeur et l’organisation en pôles.

Les pleins pouvoirs au directeur avaient été voulus par l’ancien président de la République : une entreprise, un patron. Par la suite les législateurs ont voulu l’atténuer par le renforcement des rôles des présidents de CME. Toutefois dans la loi, même si le président de la CME n’est pas d’accord, la décision finale revient au directeur et le rôle des présidents de CME reste donc secondaire. Il est illusoire de dire que le président de la CME fait contre-pouvoir. La loi est sans ambiguïté.

La rigueur budgétaire assignée au directeur des hôpitaux, via l’ARS, s’effectue par le biais des chefs de pôles, nommés par le directeur, qui peut les révoquer à tout instant. Il leur délègue des pouvoirs de gestion financière qui reste la seule logique réelle de son lien avec eux.

A la suite de la remarque de certains médecins sur le danger de ce pouvoir administratif le ministre de l’époque avait rétorqué que le directeur ne peut pas diriger sans les médecins. Erreur, il trouvera toujours quelques médecins qui lui sont fidèles, en particulier les chefs de pôle qu’il a nommés (en fonction de critères non définis, d’où un problème de légitimité). Le médecin chef de pôle est devenu du jour au lendemain un gestionnaire pur et dur formé à cela, qui peut perdre la dimension médicale et humaine de la prise en charge du patient. Il est là pour faire passer (imposer) les rigueurs budgétaires et le besoin d’avoir des bilans comptables équilibrés pour chaque service du pôle (d’où une incitation à la sur prescription d’actes couteux au détriment de soins moins rentables économiquement). C’est la mission essentielle qui lui est confiée. Ce médecin est forcément suspect vis-à-vis de ses collègues et de l’ensemble du personnel. D’autant que ses fonctions et ses pouvoirs son mal définis, en particulier par rapport aux responsables de structures internes (lorsque ceux-ci sont maintenus).

Alors que la loi a voulu enlever du pouvoir médical elle a créé des « super mandarins ». La désorganisation des relations hiérarchiques, auparavant claires et légitimées de longue date par l’excellence et le savoir, crée un profond mal être à tous les niveaux de l’équipe soignante. La plupart des personnels soignants vivent leur métier comme une action sociale, humaine et humaniste. Ils ont l’impression, depuis la mise en œuvre de ces réformes, de faire mal leur travail, de manière incomplète, de n’être plus à l’écoute du patient (quand il faut faire tourner plus vite une consultation par exemple). Les humiliations répétées de la hiérarchie médico administrative sont très mal vécues et source de nombreux conflits internes qui s’ajoutent à la pression de rentabilité.

Goethe disait : « mieux vaut l’injustice que le désordre ». Certes, dans un souci de relativité, mais l’organisation des ressources humaines à l’hôpital cumule les deux !

Il est nécessaire et urgent de rééquilibrer les pouvoirs au sein des hôpitaux, de clarifier les missions spécifiques de l’hôpital public, de clarifier les rôles des personnels soignants et gestionnaires.

**Pour cela je fais les propositions suivantes** :

* Redonner à l’hôpital ses missions spécifiques de service public
* Revoir le mode de financement des hôpitaux par l’association d’une tarification à l’activité et d’enveloppes globales pour les services couteux et peu « rentables » (ce qui éviterait les dérives d’inflation et multiplication des soins et examens), pour les activités complexes et chroniques (prévention, urgence, soins palliatifs…)
* Rééquilibrer les pouvoirs entre président de la CME, élu par ses pairs, et le directeur de l’hôpital
* Suppression des pôles dont le seul intérêt réel est la gestion financière restrictive et la recherche de rentabilité utopique et amorale dans le domaine de la santé.
* Ou bien, l’organisation en pôles pourrait être maintenue, mais soit sous une forme de décentralisation purement administrative avec un chef de pôle sous-directeur et uniquement gestionnaire (issu éventuellement des cadres supérieurs de services), soit purement médicale avec une logique de mutualisation de structures, d’appareils ou mieux de parcours de soins : service d’hospitalisation aigue avec services de convalescence par exemple. Dans ce cas le chef de pôle devra être un des chefs de structures faisant partie du pôle. Les rôles de chacun, leur cadre d’intervention et de décision doivent être clairement définis (compatibles et cohérents avec une hiérarchie acceptée et légitimée de longue date à l’hôpital).

**En conclusion** ces mesures permettront de :

- supprimer la seule logique économique de l’hôpital entreprise

- améliorer la qualité et le fonctionnement des services de soins

- améliorer les conditions de travail des personnels, notamment en redonnant du sens pour des professions essentiellement basées sur les relations humaines et le service rendu

- améliorer la prise en charge du patient, quelque soit son âge, sa pathologie, son statut social.

**Ainsi se créera un véritable pacte de confiance à l’hôpital**