

Extrait du Démocratie & Socialisme

<http://www.democratie-socialisme.fr>

Hôpital entreprise contre hôpital public

Face au plan Xavier Bertrand hôpital 2012

- Social - Santé, Sécurité Sociale -

Date de mise en ligne : mercredi 14 février 2007

Démocratie & Socialisme

La réforme dite « Hôpital 2007 » se met en place en douceur, sans réelle opposition ni même débat national, alors même qu'elle est entrain de préparer la privatisation du service public hospitalier.

De quoi s'agit-il ? Il s'agit d'une réforme du financement de l'hôpital. Auparavant, les hôpitaux étaient dotés de budgets globaux déclinés ensuite en budgets de service. Chaque année, ce budget pouvait être révisé en fonction des résultats obtenus l'année précédente et des prévisions de l'année en cours. En l'absence d'évaluation et de volonté politique, ces budgets avaient tendance à figer les situations acquises et ne permettaient pas une adaptation aux variations d'activité. C'est du moins cet argument qui a prévalu pour remplacer le financement global par un financement dit à l'activité dit T2A, en affectant chaque patient et chaque activité d'un code de financement. Désormais tel malade est plus rentable que tel autre, telle activité devient plus rentable que telle autre. Ainsi, le malade bénéficiant d'un geste technique ou d'une chirurgie impliquant une courte hospitalisation est hautement rentable. Le malade complexe ayant une maladie chronique avec des problèmes sociaux et psychologiques, et nécessitant une hospitalisation prolongée, n'est pas rentable. En diabétologie, de manière provocante et factuellement exacte, on peut dire que dialyser ou amputer un diabétique est plus rentable que de prévenir la dialyse ou l'amputation. Les unités d'éducation thérapeutique, qui assurent cette prévention et sont par nature plus consommateurs de personnels que de techniques, voient leur développement entravé. Leur maintien même est menacé.

Ainsi, les médecins sont placés au centre d'un conflit éthique : d'un côté ils doivent assurer à chaque patient le soin optimal, de l'autre ils reçoivent pour mission la rentabilité, condition du maintien de leur activité. Chaque spécialité, chaque hôpital, chaque service s'est mis à réfléchir fébrilement aux changements et aux astuces nécessaires pour devenir « rentables ». Les hôpitaux ont embauché des praticiens hospitaliers à plein temps devenant des experts du codage. Les services ont regroupé des consultations pour les transformer en hôpitaux de jour. Ici ou là, on surfacture ou on réalise des activités peu voire pas utiles mais rentables. En effet tout se passe comme si, pour assurer la survie de son hôpital ou de son service, il fallait accroître la facturation de la Sécurité Sociale. Du coup, celle-ci s'est mise à développer des contrôles. La marchandisation de la santé est en route avec son triptyque : productivisme, concurrence, contrôle

De plus, le législateur, et plus généralement la majorité parlementaire contre l'avis même du Ministre de la Santé mis en minorité, a décidé que désormais le financement de l'hôpital serait semblable à celui des cliniques privées avec une convergence totale à 100 % en 2012. Il s'agit à l'évidence de favoriser les cliniques privées à but lucratif, de façon d'autant plus invraisemblable que si les coûts hospitaliers incluent les salaires des médecins, les honoraires des médecins et chirurgiens des cliniques privées ne font pas partie du coût des soins. De plus, derrière les mêmes codages se trouvent des activités bien différentes. L'essentiel de la médecine est faite à l'hôpital, l'essentiel de la chirurgie est faite en clinique. Les sinusites chroniques ou les otites chroniques sont pour la clinique, les tumeurs ORL et stomatologiques sont pour l'hôpital. Les prothèses de hanches sont pour la clinique, les traumatismes compliqués du rachis sont pour l'hôpital. La chirurgie de la main est pour la clinique, la chirurgie du pied diabétique est pour l'hôpital. Rappelons que près de 80 % des français meurent à l'hôpital et plus exactement à l'hôpital public. Les patients sont parfois même transférés avant de mourir de la la clinique privée vers l'hôpital. Rajoutons que l'hôpital est le lieu de formation de l'ensemble des soignants, que les professionnels seniors ont acquis leur expertise à l'hôpital avant de l'exercer en clinique. Un chirurgien expert en clinique privée mettra beaucoup moins de temps pour la même opération que le chirurgien débutant opérant à l'hôpital encadré par un senior l'aidant et le guidant. Bref, on a bien prévu une enveloppe spéciale dite « MIGAC » pour ces missions de service public, mais celle-ci reste floue soumise aux aléas des décisions économique-politiques à venir. On voudrait envoyer l'hôpital public dans le mur, qu'on ne s'y serait pas pris autrement.

Le deuxième aspect de cette réforme est d'affaiblir, voire de supprimer, la structure des services hospitaliers en enlevant aux cadres infirmiers (surveillants(es)) et aux chefs de service la responsabilité de l'organisation et du

recrutement et de l'affectation des personnels para-médicaux. Le chef de service n'est plus qu'un vague responsable médical. Le but est de « mutualiser » les moyens paramédicaux et médicaux entre les services, c'est-à-dire de gérer la pénurie de personnel en enlevant aux uns pour donner aux autres. Ainsi certaines infirmières travailleront un jour ou une semaine dans un service, et un jour ou une autre semaine dans un autre. Il faut tout le talent des hommes de communication ou la langue de bois de certains partisans de la réforme pour trouver une cohérence médicale au pôle néphro-chirurgical de la PITIE, regroupant la néphrologie, la chirurgie vasculaire, la chirurgie endocrinienne, la chirurgie digestive, la chirurgie urologique, la maternité, la chirurgie orthopédique. L'ancienne Directrice de l'Assistance Publique des Hôpitaux n'hésitait pas à expliquer que les pôles augmentaient la « lisibilité » pour les patients. Ainsi, une femme enceinte rentrant à la maternité de la PITIE sera sûrement mieux informée si elle apprend qu'elle accouche dans le pôle néphro-chirurgical de l'hôpital !

Le but est en réalité de soumettre le pouvoir médical au pouvoir de gestion administrative. En effet, si on pense que la médecine est une marchandise, les médecins de simples techniciens ou offreurs de soins, il est logique que le pouvoir revienne aux « managers » véritables chefs d'entreprise. Ainsi, alors que l'on manque dans les hôpitaux de façon parfois dramatique de médecins et d'infirmières en raison d'un *numerus clausus* excessif, on embauche des directeurs de pôles venant du privé ou reclassés à partir des anciens services publics privatisés (France Telecom, etc ...). Cette réforme libérale prend donc dans l'immédiat la forme d'une énorme machine bureaucratique à la française, multipliant les niveaux de décision. Si on prend l'exemple de la PITIE - SALPETRIERE, il existe le niveau du service, le niveau du pôle, mais pour les énormes pôles le niveau des « sous pôles » ou des piliers de pôles, puis il y a le niveau de l'hôpital, puis il y a le niveau du groupe hospitalo-universitaire (GHU Est, Ouest, Sud et Nord), enfin, il y a le siège de l'Assistance Publique. Evidemment, chaque niveau a son secrétariat, justifie son existence par des enquêtes, des rapports, chacun réunit des commissions, prend des décisions ... Résultat, le médecin qui soigne encore des patients dans son service est accablé d'une paperasserie bureaucratique visant à vérifier, contrôler, coder, transmettre ... Il arrive à la médecine ce qui arrive au reste de l'économie : la production coûte peu, l'essentiel du prix tient à l'énorme machine de commercialisation et de gestion. D'ores et déjà il existe dans les hôpitaux des directeurs de la communication. Il paraît évident que les hôpitaux feront bientôt de la publicité dans les médias...

Finalement, l'essentiel devrait être pour les dépenses de santé payées par la solidarité nationale, le juste soin au juste prix Il existe dès lors trois formes de gaspillage :

- ▶ la première forme est l'irresponsabilité, que favorise un financement sans limite, sans conséquence pour le prescripteur et l'usager. Qu'importe que l'on refasse des examens inutiles et que le malade reste un ou deux jours de plus à l'hôpital, puisque la Sécurité sociale paie !
- ▶ la deuxième forme, que l'on connaît bien en médecine libérale, est la multiplication des actes rentables, pas forcément justifiés. L'imagerie moderne, non invasive, parfois inutilement demandée et souvent inutilement répétée, fournit une bonne part de ce gaspillage, de même que la répétition de consultations mensuelles à la seule fin de renouveler une ordonnance qui pourrait être rédigée pour 3 mois ou pour 6 mois.
- ▶ enfin, troisième forme de gaspillage, le coût secondaire à une gestion inefficace et à un contrôle inadapté.

Sous prétexte de limiter la première forme de gaspillages due à l'irresponsabilité, on a choisi de développer de façon spectaculaire les deux autres formes !

Quel sera le résultat à court terme de cette réforme marchande ? Certaines activités seront abandonnées. Certains pôles devront être restructurés et même certains hôpitaux devront fermer. Tout cela, pense-t-on d'abord, sera limité par le statut de service public qui garantit l'emploi des personnels. Les promoteurs de la réforme l'ont bien compris, qui vise à supprimer le statut de service public pour transformer les hôpitaux en établissements à mission de service public. Le changement de nom, apparemment anodin, a une grande conséquence. Il n'y aura plus de titulaires mais seulement des personnels contractuels ce qui facilitera les « restructurations sociales », c'est-à-dire la possibilité de licenciements, car le coût du personnel (70 % du coût hospitalier) est la « principale variable d'ajustement ». Les hôpitaux privés à but non lucratif participant au service public servent de modèle. Ainsi, on parle souvent de l'Institut

Montsouris dont les patients sont en général très satisfaits, mais on oublie de dire que cet hôpital ne prend pas les urgences et qu'il sélectionne les patients. Ainsi, il a décidé il y a quelques années de supprimer l'unité de soins palliatifs. Plus tard, il a décidé de ne plus prendre en charge les diabétiques insulino-dépendants que j'ai vus arriver à ma consultation sans même avoir été prévenu. Quand on demande un rendez-vous avec un urologue, on a d'abord au téléphone un « médecin régulateur ». Celui-ci vous fait savoir éventuellement que votre motif de consultation ne correspond pas à l'activité de cet hôpital et vous adresse à une clinique privée. C'est ce qui est arrivé à un de mes patients qui finalement est venu dans le service d'urologie de la PITIE - SALPETRIERE où on lui a trouvé un cancer de la prostate méconnu. Cette médecine marchande qui trie les patients, y compris par téléphone, selon les normes du management moderne, ne peut pas être une médecine de la prise en charge globale du patient. L'hôpital privé SAINT JOSEPH, sert d'avant-garde et de terrain d'expérimentation. On y avait supprimé des services et même leur papier à entête pour que chacun comprenne bien qu'il n'appartenait pas à une équipe de soins mais qu'il était seulement un agent déplaçable au sein de l'hôpital. Son projet de restructuration prévoit la suppression de 400 postes de paramédicaux et de 20 médecins équivalents plein temps. Pour ce faire, on va « externaliser » un certain nombre d'activités en faisant appel à la sous-traitance. Pour en finir avec la garantie de l'emploi qui apparaît aux « modernistes » comme un privilège d'un temps révolu, on propose d'ores et déjà de mettre en place des primes de performances pour les médecins hospitaliers, primes dont le montant devrait être « significatif pour être incitatif ». On imagine facilement quels seront les critères de ces primes, en particulier le respect des « critères de gestion » et les « gains de productivité ». Un jour, un malade ou une famille de malade, fera un procès au médecin ou au chirurgien qui, pour gagner sa prime de performance, aura pris des risques. Lors du procès d'une enfant décédée d'une déshydratation aiguë à l'hôpital TROUSSEAU, l'interne à qui on avait reproché de ne pas avoir appelé la chef de clinique, avait eu cette réponse : « je ne pouvais pas la déranger, elle faisait le codage ! ». Le mélange des genres entre le soin et la rentabilité, ne peut aboutir qu'à des catastrophes comparables à celles du sang contaminé.

Comment en est-on arrivé là ? Cette véritable défaite sans combat est le résultat d'un retournement des esprits. Faut de pouvoir soumettre le corps médical à des principes de régulation publique, des gestionnaires et économistes de santé de gauche ont opté pour la régulation par le marché. Gilles JOHANET, ancien directeur de la Sécurité Sociale, devenu directeur médical d'AXA a proposé aux chefs d'entreprise une assurance santé d'excellence pour 12 000 euros par an. Jean DE KERVASDOUE, ancien directeur des hôpitaux de 1981 à 1986, défend aujourd'hui l'activité médicale privée au sein même de l'hôpital public et soutient la réforme « Hôpital 2007 » arguant que l'hôpital doit apprendre à « vendre » (sic) et que la régulation des coûts doit se faire par la possibilité de réduction du personnel. Ils ont donc rejoint le camp des économistes libéraux, incapables de penser la médecine autrement que comme une marchandise. Tous ces « décideurs » croient que l'on fait de la médecine comme on pilote un avion à coup de procédures et de règlements. Evidemment, quand eux-mêmes ou leurs proches sont malades, ils oublient ces principes du management. Il suffit de lire le livre de Jean DE KERVASDOUE « l'hôpital vu du lit » pour voir que pour lui l'essentiel fut non pas l'opération spectaculaire de sa fracture du cotyle, mais son shampoing raté par un élève aide-soignant !

De façon à première vue plus étonnante, un certain nombre de chefs de service se sont engagés tête baissée dans la réforme. La plupart des chefs de pôle, qui devront désormais consacrer un mi-temps à la gestion, ne verront tout simplement plus de malades. C'est que les grands progrès de la technique médicale ont bouleversé l'activité professionnelle mais aussi le modèle culturel de nombreux médecins. Certains désormais se vivent plus comme des ingénieurs ou des « super techniciens ». Leur modèle est devenu le businessman ; ils rêvent de « stock options ». Les mandarins eux se prenaient pour des savants ou des philosophes. Ils terminaient leur carrière en écrivant des livres sur le sens de la vie. Néanmoins la majorité des médecins hospitaliers subissent cette réforme avec résignation et souvent un sentiment d'humiliation. La réforme « Hôpital 2007 » s'avère d'ores et déjà comme la plus grande entreprise de démotivation des médecins hospitaliers, déjà accablée par la pénurie de personnel médical particulièrement dans les hôpitaux généraux et régionaux, pénurie voulue et programmée par l'ensemble des gouvernements de gauche comme de droite depuis 30 ans, sans la moindre inflexion. Le plus surprenant est que ceux qui ont mis en oeuvre cette politique, continuent à parler avec autant d'assurance des réformes indispensables du système de santé. Quand aux directeurs d'hôpitaux, leur culture du « devoir de réserve » ne permet pas de connaître vraiment leur position. Ceux qui s'expriment défendent cette réforme managériale. Là encore, le

changement de représentation est sensible. Le directeur d'hôpital d'aujourd'hui ne se vit plus comme un serviteur de l'état mais comme un champion du management et de la coopération public - privé. Il est parfaitement significatif que Rose-Marie VAN LERBERGHE, dernière Directrice de l'AP-HP soit passée de chez Danone à l'Assistance Publique, pour partir 4 ans après dans le business lucratif des maisons de retraite. Certaines mauvaises langues ont fait remarquer que son changement d'activité était logique puisqu'elle avait fermé 900 lits de longs séjours à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris !

- ▶ Les progrès de la technique d'une part, la marchandisation d'autre part, menacent le fondement éthique de la société en général et de la médecine en particulier. Il appartient à chaque génération de défendre, refonder et actualiser les principes d'humanité qui doivent régir l'organisation sociale et tout particulièrement l'organisation de la santé. Des alternatives à la réforme « Hôpital 2007 » sont possibles. Il est possible de penser des organisations adaptées aux besoins des populations, à l'évolution des pathologies, aux progrès des techniques. Ainsi, dans un même hôpital, doivent pouvoir exister un grand département et un petit service. Il est évident que la multiplication des sous spécialités, les investissements technologiques, les modifications rapides des pathologies justifient des regroupements de services, mais ces regroupements doivent se faire selon des projets médicaux correspondant aux besoins des populations et non selon des critères de gestion. Il est normal qu'à l'hôpital il y ait deux pouvoirs : un pouvoir de gestion et un pouvoir médical. Ces pouvoirs doivent contractualiser, mais pour ce faire, ils doivent être distincts et non confondus, même s'il est du devoir du médecin de rendre compte des dépenses induites par ses prescriptions et d'accepter une évaluation régulière de ses pratiques. Les médecins ne doivent pas être nommés par les directeurs d'hôpitaux mais par leurs pairs en fonction des projets médicaux. Il faut supprimer la T2A et dans un premier temps au moins, séparer la logique de financement des cliniques privées de celles de l'hôpital public. La T2A devrait être remplacée par un budget alloué par hôpital et réparti par services. Ce budget global, prenant en compte l'ensemble des activités, devrait pouvoir évoluer en fonction de l'activité et plus précisément de la quantité et de la qualité du service médical rendu. Pour ce faire, il faut développer dans les hôpitaux et des régions sanitaires, des départements de santé publique ayant pour mission première l'évaluation de la qualité des soins.

Assisterons-nous en spectateurs impuissants à l'effondrement du service public hospitalier ? On ne saurait exclure cette éventualité, tant la stratégie de la « contre-réforme » est perfide : morcellements, divisions, avances par petits pas, reculs temporaires, dénégations voire mensonges... Ou bien verrons-nous dans un sursaut éthique les médecins hospitaliers se joindre aux surveillantes et aux infirmières pour défendre non pas des intérêts corporatistes, mais l'hôpital public au service du public selon des valeurs très anciennes mais en réalité d'une très grande modernité.

Pr. A. GRIMALDI, Chef du service de Diabétologie, Groupe Hospitalier PITIE - SALPETRIERE

Article écrit pour D&S No 142, février 2007

A lire aussi :

- ▶ [Communiqués "anti-Sarko"](#)
- ▶ [Un autre Code du travail, épuré, allégé, lors d'un Conseil des ministres en mars ?](#)

Ci-dessous un commentaire à cet article publié sur le site [Le grand soir](#) et la réponse du professeur A. Grimaldi

Commentaire du 14 février 2007, par Elie Arié

Ce texte est intéressant, j'entends cela souvent, mais avec quelques imprécisions :

si les cliniques font la chirurgie et les hôpitaux la médecine, ce n'est pas à cause de la T2A mais bien à cause du système antérieur ! Le processus était à l'oeuvre depuis une bonne vingtaine d'années, et quasi-achevé au moment où la T2A a été mise en route ;

le budget global était si positif qu'on cessait de poser des prothèses orthopédiques en octobre et que l'éducation thérapeutique ne se développait pas beaucoup (sauf sans doute à La Pitié où M. Grimaldi est incontestablement un des grands diabétologues français). A dire vrai, dans les budgets en tout cas, l'éducation thérapeutique s'est très rapidement développée depuis 2 ans, avec la T2A (et on y travaille d'ailleurs pour appliquer des règles d'allocation adaptées)

Personne ne va supprimer des activités, ce serait contre-productif, et c'est démontrable

La solution évoquée à la fin, de revenir à un budget global qui évoluerait en fonction de l'activité ressemble furieusement à la T2A telle qu'elle a été mise en place en France

Etc.

Mais je ne dis pas que tout est rose, je pense simplement que c'est mieux qu'avant.

J'ajouterai qu'on est face à une réaction classique face à tout changement : on idéalise le passé, et on met en avant les défauts de la réforme, on la charge des défauts liés au système antérieur, on se garde bien d'établir un bilan global avant/après la réforme, de proposer quelque chose d'autre, et de considérer qu'elle est améliorable (peu de gens on noté, par exemple, qu'à la grande indignation des médecins spécialistes, le syndicat de l'hospitalisation privée- directeurs, financiers - s'est prononcé pour la suppression du paiement à l'acte des médecins exerçant en clinique, ce qui sera l'aboutissement inévitable de la convergence du financement public/privé).

Je donnerai en exemple le fameux "le rôle social et humain de l'hôpital va disparaître", qui sert souvent de manteau pour masquer bien des dysfonctionnements et justifier tout immobilisme ; est-on certain que ce "rôle social et humain" était bien à l'oeuvre partout et toujours (si on n'a pas la mémoire sélective, on a tous des histoires d'hôpital assez épouvantables à raconter, du point de vue "social et humain") ? Sait-on seulement de quoi on parle au juste ? Il me semble, au contraire, que le budgétiser (le fameux "MIGAC") est la première étape pour le définir, puis pour l'évaluer.

En fait, l'article du Professeur Grimaldi m'a fait penser à une époque que les plus jeunes n'ont pas pu connaître : celle où le port de la ceinture de sécurité est devenu obligatoire dans les voitures ; on a vu surgir toute une série d'articles protestataires relatant des cas où l'automobiliste aurait été sauvé s'il avait pu être éjecté de sa voiture ; ou, encore, lorsque allumer ses codes en ville la nuit est devenu obligatoire : dès le lendemain, toute la presse a fait état d'un piéton écrasé sur les Champs-Élysées "parce qu'il avait été ébloui par les phares". Histoires d'ailleurs exactes, semble-t-il ; simplement, on se garde bien de faire une comparaison globale avant/après.

Elie Arié - Cardiologue (retraité)

Réponse du Pr. A. Grimaldi :

Je ne connais pas le Docteur Elie Arié, mais visiblement il s'agit d'un retraité très actif, passionné par la T2A.

Au fond, son raisonnement est assez simple : le système de santé et en particulier les hôpitaux en crise, ont besoin d'une réforme. Donc, vive la réforme ! Les opposants à la réforme sont les conservateurs de toujours, les mêmes qui étaient contre le port du casque et de la ceinture de sécurité, contre le chemin de fer et l'électricité... C'est ainsi que toutes les réformes libérales se font en fustigeant les réactionnaires accrochés à leurs privilèges (par exemple la garantie de l'emploi) ou à leurs pouvoirs (par exemple le pouvoir médical). Ainsi, Jean De Kervadoué explique que l'obstacle à la mutation des hôpitaux, c'est l'alliance objective des mandarins et de la CGT (sic !)...

On serait tenté de prêter attention à ce genre d'arguments si les mêmes ne défendaient pas l'activité médicale privée au sein de l'hôpital public, le développement de la sous-traitance et de la précarité, et si leur réforme se faisait sur un projet médical et non simplement pour des gains de productivité. Pour eux, la « variable d'ajustement » c'est le coût en personnel.

Visiblement, pour le Docteur Elie Arié il n'y a qu'une réforme possible : celle de la T2A, aucune autre réforme n'était envisageable. C'est le triomphe de la « pensée unique réformatrice » ! Je pense au contraire qu'il y a forcément plusieurs types de réformes envisageables, celles allant vers la privatisation et celles allant vers le renforcement et la rénovation du service public. Il n'y a eu aucun débat démocratique mais un passage en force qui ne fera qu'aggraver la situation. En réalité, l'échec de la réforme « Hôpital 2007 » est programmé par ses promoteurs. Lorsque dans 5 ans on constatera l'échec, le Docteur Arié et les « néoréformistes », au nom de la lutte contre l'immobilisme, proposeront d'aller de l'avant en mettant fin au statut de l'hôpital public et à la fonctionnarisation des médecins et des personnels para-médicaux, comme le proposent déjà les avant-gardistes du Syndicat des Directeurs des Hôpitaux.

Au fond, la pensée géniale qui sous-tend cette réforme, est que contrairement à ce pensent certains, la médecine est une marchandise. Elle peut se vendre. Jusqu'à présent, on pensait qu'elle coûtait. Désormais, elle va pouvoir rapporter ! Si le Docteur Arié constate que la séparation des activités entre cliniques et hôpitaux est « le résultat d'un processus à l'oeuvre depuis une bonne vingtaine d'années », il oublie de se demander quelle est la raison de ce processus. Elle est pourtant fort simple : les cliniques sont à but lucratif ! Elles sélectionnent donc les actes qui rapportent et laissent à l'hôpital ceux qui ne rapportent pas, et on ne peut pas leur reprocher puisque c'est leur objectif, comme toute entreprise marchande. Ces cliniques connaissent d'ailleurs, comme les entreprises, des processus de concentration. Avant, les chirurgiens possédaient leur clinique. Aujourd'hui c'est la Générale de Santé qui possède 180 cliniques en France et en Italie et fait elle-même l'objet d'OPA ... Notons que le Directeur de la Générale de Santé estime que du simple fait du codage T2A, celle-ci devrait augmenter son chiffre d'affaire de 20% !

Au nom de l'égalité public - privé, les promoteurs de cette réforme « Hôpital 2007 » n'envisagent pas de limiter le profit dans le système de soins, mais au contraire ils proposent de le généraliser. Les hôpitaux pourraient faire comme les cliniques, et d'ailleurs certains, bien qu'à but non lucratif, le font. Par exemple, l'Institut Montsouris, que tout le monde donne en exemple, n'admet pas les urgences et sélectionne les patients et les pathologies. Par contre, l'ensemble du personnel y est embauché à titre contractuel. Voilà le progrès !

Bref, le Docteur Arié, en bon cardiologue, est pour le mouvement et contre l'immobilisme. Mais tout heureux d'avancer, il oublie de se demander où il va. La réforme « Hôpital 2007 » et la T2A avancent à grands pas vers le système américain, avec la bureaucratie à la française en prime ! L'OMC réclame la libéralisation des services déjà mise en oeuvre dans un certain nombre de pays en voie de développement, en particulier en Amérique Latine et en Afrique, avec un succès stupéfiant.

Il n'y aura plus qu'à faire sauter le petit verrou de l'ONDAM et mettre, à la demande de l'Europe, la Sécurité Sociale en « concurrence - complémentarité » avec les assurances privées, pour achever cette merveilleuse réforme libérale faite bien sûr au nom de l'intérêt des malades et de la population. De toute façon, comme chacun sait, nous n'avons pas le choix !

Face au plan Xavier Bertrand hôpital 2012

P.S. : prendre en compte l'activité dans l'évolution d'un budget, n'oblige pas forcément à affecter à chaque patient et à chaque activité un code de rentabilité !

Ci-joint le document sur la T2A adopté par la communauté des médecins et des para-médicaux de l'Hôpital BICHAT.



Document sur la T2A adopté par la communauté des médecins et des para-médicaux de l'Hôpital BICHAT