L'hôpital : le témoin de la crise civilisationnelle
Plus que tout, remettre de l'humain !

La crise de la démographie médicale a été voulue, tout à la fois par les gouvernements successifs, pensant, en réduisant l'offre, réduire les dépenses de santé et par des syndicats de médecins corporatistes, car ce qui est rare est cher !

Dans la conception ultralibérale, nul besoin de beaucoup de médecins : des protocoles pour des paramédicaux, des logiciels informatiques, et quelques médecins pour superviser, en oubliant l'humain et que chaque malade est particulier. Cette conception interroge sur le rapport entre l'humain et la technique, ou comment transformer un acte de soins, fondé sur la relation entre individus, en une marchandise permettant l'exploitation des soignants.

I Démographie médicale : des propositions multiples et complémentaires supposant d'urgence une approche nouvelle.

a) Le manque de médecins est en train de conduire à une catastrophe sanitaire.

Les déserts médicaux, à l'origine d'un recul des soins primaires, si essentiels, couvrent maintenant pratiquement tout notre pays. Il concerne la médecine générale, d'autant plus que cette spécialité est peu choisie par les jeunes générations, mais aussi les spécialités à visée préventive (médecine du travail, médecine scolaire), les psychiatres - peu utiles si on veut se contenter de normaliser les comportements plutôt que de soigner - et les spécialistes « clé » dont l'absence aide à justifier les fermetures de services et d'hôpitaux (gynéco, anesthésistes, urgentistes …).

Le déficit est souvent plus masqué pour les autres soignant-e-s mais tout aussi présent : les suppressions de postes dans les hôpitaux rendent improbable le CDI à la sortie de l'école de sage-femme ou d'aide- soignant-e, justifiant des réductions de quotas de formation alors même que le travail existe, à défaut de l'emploi : le burn-out menace tous ceux et celles qui travaillent !

b) La gravité de la situation appelle des mesures urgentes, multiples en lien avec la multiplicité des causes et les changements sociétaux, tout à la fois mesures concrètes immédiates mais aussi construction d'un nouveau système de santé, répondant aux besoins des populations et aux aspirations des jeunes professionnels.

–*Supprimer le numerus-clausus : insuffisant, mais nécessaire !*

La suppression ne règle pas tout … mais cela fait 20 ans que cet argument est utilisé pour le maintenir, avec les conséquences que l'on voit ! Pas plus en médecine qu'ailleurs, la sélection à l'université n'a de justification, à part la volonté patronale d'adaptation des formations aux emplois actuels et d'élitisme. L'augmentation du nombre de médecins formés (au moins 11 000 par an) est nécessaire pour répondre aux besoins.

–*Transformer les études*

* La suppression du numerus-clausus doit être préparée et accompagnée de moyens nouveaux pour l'enseignement théorique et pratique.

* Les études doivent contribuer à ce que la médecine générale ne soit pas un choix par défaut : elles doivent développer une approche plus globale que la juxtaposition de spécialités enseignées par des hyper-spécialistes, avec la promotion d'enseignants de médecine générale, donnant envie d'exercer cette spécialité. Des stages en soins primaires doivent permettre de découvrir la médecine ambulatoire avant le choix des spécialités.

* Le début des études doit être revu pour les démocratiser, pour ajouter au haut niveau d'exigence scientifique un haut niveau de sciences humaines : un premier cycle commun à l'ensemble des professions de santé pourrait être mis en débat.

–*Changer le travail en ville et à l'hôpital*

Travailler en équipe, faire de la médecine et pas des papiers, bien travailler, mais aussi avoir du temps libre, autant d'aspirations des jeunes générations de médecins qui se conjuguent avec le salariat dans un cadre de service public.

Il faut rééquilibrer les revenus des médecins entre public et privé.

II L'hôpital : quelle qualité ?

a) Qualité et efficience sont les mots à la mode dans le discours officiel. Ce n'est qu'une **pseudo qualité aseptisée, qu'une pseudo efficience asséchante : i**l ne s'agit pas d'assurer le meilleur service à des populations prises dans leur globalité avec tout ce que cela comporte de rapports humains ou à l'environnement, actuels et passés, mais de « vendre » un service standardisé, déshumanisé, à un individu isolé de tout contexte, et au coût le plus bas.

Les injonctions administratives, relayées éventuellement par des cadres, minent les personnels, malades de ne pas faire le travail de qualité qu'ils souhaitent, entraînant départs hors du secteur public, hors du système de soins même parfois, burn- out et suicides.

Les ARS inversent la démarche : la sanction, la fermeture, la suppression du service plutôt qu'une aide pour en augmenter la qualité. Cette inversion est la traduction de l'idéologie ultralibérale et de la mise en concurrence public/privé : pour la ministre de la santé et les ARS il faut considérer de la même manière secteur privé (dont il est logique de vérifier la qualité) et service public (auquel il faudrait donner les moyens de la qualité).

b) **Le retour à une vraie qualité est urgent**.

Il suppose le desserrement de la contrainte financière (cf fiche sur le financement de l'hôpital et plan d'urgence).

Il nécessite aussi une nouvelle démocratie, permettant au personnel médical et paramédical d'intervenir dans les organisations de travail. L'organisation en pôle hiérarchique doit être supprimée pour laisser la place au travail d'équipe. (cf fiche sur l'organisation de l'hôpital). Comme pour tout salarié, les personnels hospitaliers doivent avoir des droits nouveaux.

III L'hôpital dans son territoire : plus d'hôpital pour plus de soins primaires de meilleure qualité !

a) Fermetures de services, ambulatoire forcée sont devenus le lot quotidien.

Toute hospitalisation n'est pas nécessitée par des soins complexes. Donner naissance à un enfant n'est pas une maladie ! L'argument de la sécurité est une imposture, car l'éloignement est dangereux n'assurant que la sécurité de la tutelle : devant le juge on pourra démontrer que les moyens spécialisés peuvent être mis en œuvre pour prendre en charge les patients ! Mais ce qui se passe avant l'arrivée dans le centre hospitalier lointain n'est pas pris en compte, le temps d'hésitation à se rendre loin, l'éventuel recherche d'un moyen de déplacement, le temps de déplacement …, sans parler des autres conséquences de l'éloignement comme la difficulté du soutien de la famille et des amis, ou du caractère facilitateur sur les infections nosocomiales des « usines » à soins.

A l'opposé de la vision libérale du développement de l'ambulatoire pour diminuer les dépenses hospitalières, il faut plus d'hôpital, parce que les médecins généralistes ont besoin d'être soutenus par un hôpital proche, plus d'hôpital, parce qu'il ne s'agit pas pour lui de se désengager des suites d'hospitalisation sur le médecin généraliste, mais de coordonner avec lui les parcours de soins ... Le manque de coordination entre hôpital et ville est avant tout le manque de temps !

L'aggravation due aux retards aux soins ou à la non continuité des parcours est renvoyée vers la responsabilité individuelle, la structure de soins n'étant garante que des actes à partir de la prise en charge et la qualité appréciée dans ce cadre restreint.

b) Propositions

–*Suppression des GHT et coopération entre les établissements de soins* : la dépendance des

établissements de proximité par les hôpitaux « support », organisée avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire est à l'opposé des liens souhaitables en mettant les soins de proximité sous la dépendance de l'hyperspécialisation, en cassant le lien avec la médecine ambulatoire. La fermeture des hôpitaux de proximité freine l'installation de médecins généralistes, craignant de s'installer dans des « déserts médicaux ».

– *Création d'un vrai service public de soins primaires*, organisée autour des centres de santé. La diminution des durées d'hospitalisation est souhaitée par tous les patients, tout du moins tout ceux qui le peuvent, du fait de leur conditions sociales, et facilitée par les progrès médicaux. La mise en place d'un service public de soins ambulatoires est le préalable. Les hôpitaux de proximité pourraient d'ailleurs servir de support à la création de nouveaux centres de santé.

- *Maillage du territoire* : il doit être l'objet de consultation des populations dans des structures de type conseil cantonal, à inventer, permettant une vraie démocratie sanitaire où les assurés sociaux pourraient exprimer leurs besoins - car le maillage doit partir de ces besoins – et contrôler la réponse à ces besoins.

- *Développement de l'organisation en réseaux* :

1. Les réseaux entre hôpitaux doivent permettre une prise en charge de proximité, garantir l'accès aux soins les plus techniques en cas de besoin quel que soit l'âge, le sexe, la nationalité ou le compte en banque, et éviter l'isolement des professionnels. La gradation des lieux de soins, telle qu'elle a pu être mis en place pour les maternités, doit être généralisée : c'est aux professionnels de décider si le malade relève d'un hôpital de proximité ou d'un centre de référence en hôpital universitaire, pas aux ARS d'arbitrer en supprimant toute possibilité de proximité ni au ministre de pénaliser financièrement la proximité par une tarification à l'activité arbitraire, dévalorisant des actes simples, comme un accouchement normal, favorisant le non respect de la gradation des lieux de soins souhaitable.

2. Les réseaux entre l'hôpital et la médecine ambulatoire ou les structures d'hébergement de longue durée permettent une prise en charge cohérente et fluidifiée et évitent les attentes inutiles et dangereuses.

3. Les réseaux entre unités et services hospitaliers sont la pièce maîtresse de leurs coopérations, à l'opposé de la mise en compétition à visée économico-bureaucratique des pôles.

Les moyens en temps humain, en moyens techniques de communication, en moyens de transports, nécessaires à cette mise en réseau doivent être dégagés et considérés comme indispensables à la couverture sanitaire du pays.

IV Quelques questionnements

–En finir avec la séparation de l'ONDAM hôpital/ville ? La réforme du financement tant de la médecine ambulatoire que de l'hospitalisation, nécessaire pour le travail en réseau ne peut être le financement au parcours. Partir des besoins d'un territoire pour financer les structures publiques ?

–Les nouveaux métiers : Il y a des nouveaux métiers dans le soin et la prévention à inventer, des professionnels qui souhaitent monter en qualification, de vraies pistes de progrès ! Mais ce que nous proposent nos dirigeants actuels, c'est surtout de remplacer des médecins par des professionnels à bas coût et bloquent de ce fait l'évolution nécessaire. Comment dépasser cette contradiction ?

–Le lien hôpital/ centres de santé : facilité par la gestion de centres de santé par les hôpitaux ? Un statut commun pour les médecins permettant des évolutions de carrière et la régulation des lieux d'exercice ?