Fiche préparatoire à la réunion du 21 avril 2018

Progrès médical / E.Santé / hôpital public

L'hôpital public est soumis à une double contrainte : d'une part une politique néolibérale destructrice et d'autre part des évolutions très rapides des connaissances et des techniques, des besoins des populations et du contexte épidémiologique.

Les contraintes dues aux politiques d'austérité et d'attaques permanentes contre le service public sont bien connues et mobilisent les acteurs, particulièrement les personnels. La souffrance au travail est une des caractéristiques de l'hôpital aujourd'hui, nous le savons. A l'inverse, les contraintes dues à ce que finalement j'appelle le progrès sont moins facilement identifiées et citées. Pourtant elles doivent être traitées « en même temps ». A elles seules, elles sont de nature à provoquer une grave crise d'adaptation de l'hôpital public et méritent une véritable politique publique nationale. Au total, on ne sortira pas l'hôpital du marasme actuel sans traiter les deux volets qui constituent pour l'un, une contre-révolution néolibérale et pour l'autre, une révolution progressiste. Besoin de dialectique, n'est-ce pas ?

On se demande souvent pourquoi l'hôpital public n'explose pas dans des luttes sociales et politiques. Tout autre secteur économique serait déjà sens dessus dessous. Il se peut que les forces diverses qui agissent aujourd'hui sur l'hôpital créent cette contradiction, ce décalage, cette complexité.

Alors quelles sont les composantes de cette révolution progressiste ?

1) **La composante démographique**

Le vieillissement de la population doit d'abord se voir d'un point de vue démographique. L'allongement de la durée de vie est la conséquence d'une amélioration globale des conditions de vie des individus: éducation en premier lieu, soins ensuite, alimentation, environnement, progrès technique, protection sociale, démocratie, sécurité, considération des personnes âgées, la paix, etc. Bref, un ensemble de choses qui s'imbriquent les unes dans les autres et qui finalement s'appellent le progrès. Se pose alors la question de la conception de la vie en société. Il faut bien voir que deux âges différents apparaissent alors. Le troisième âge d'abord. Celui où la personne reste active mais est libérée des contraintes du travail salarié. C'est le moment où le savoir s'échange, où une liberté d'émancipation et de création peut se réaliser. La vie n'est pas finie mais la consommation de soins augmente... L'utilité sociale des « vieux » se montre en cet instant. L'engagement dans la vie associative ou citoyenne en est un exemple. Puis vient le quatrième âge où la personne perd une partie de son autonomie et où une aide sociale s'impose. Le système de santé, l'hôpital public en particulier doit s'adapter à cette situation et prendre en charge ces populations : création d'activités médicales adaptées au quatrième âge, gérontologie, politique de bien-être, et soins palliatifs en bout de course. De même un véritable service public des personnes âgées doit être créé et mis en place. Et l'hôpital doit alors y insérer sa pratique. La création d'une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomisation des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique : Etat, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations des usagers. L'enjeu consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge, tant pécuniaire que de la qualité de la prise en charge.

2) **La composante épidémiologique**

Nous avons vu depuis 30 ans des maladies disparaître, d'autre apparaître. De nouveaux agents pathogènes se manifestent. Le vieillissement est corrélé à la chronicisation des maladies, transformant complètement les modalités de prise en charge. Des maladies qui signaient un arrêt de mort sont devenues des maladies relativement banales sous réserve de traitements adaptés. Tout cela traduit ce qu'on appelle la transition épidémiologique. La réanimation et les soins d'urgence sauvent beaucoup de vies. Les maladies neuro-dégénératives posent des problèmes considérables de soins médico-sociaux et sont devant nous. La prise en charge des maladies psychiatriques se heurte à des politiques d'abandon. Ceci oblige à une redéfinition des services et des pratiques hospitalières.

3) **La composante science et technique**

L'évolution explosive des connaissances offre des moyens diagnostiques et thérapeutiques nouveaux qui changent profondément la donne. Qu'on songe aux traitements antiviraux (Sida, hépatites etc), aux traitements immunologiques contre le cancer, aux chirurgies endoscopiques ou aux robots chirurgicaux, aux traitements de la douleur, aux capacités de réadaptation, à la génétique. Les biotechnologies transforment à la fois les moyens diagnostiques et les possibilités thérapeutiques. Tout ceci fait apparaître de nouveaux métiers et nécessite des investissements conséquents. Des machines certes, des locaux adaptés certes, aussi mais de nouveaux personnels formés à des métiers nouveaux. Globalement il faut tirer vers le haut l'ensemble des professions hospitalières et donc changer les formations initiales et continues et transformer les statuts. De nouveaux médicaments apparaissent et posent des problèmes de financement très importants.

4) **La composante numérique**

La révolution numérique touche de plein fouet l'hôpital. Les machines se transforment, les pratiques évoluent. Là aussi de nouveaux métiers se font jour. L'adaptation des personnels pose de nombreux problèmes. Ce qu'on appelle la e-santé doit envahir aussi l'hôpital mais sous réserve qu'elle ne soit pas un cache-misère de la pénurie et un facteur de déshumanisation…

Enfin des masses de données sont créées et certains cherchent à en tirer des profits financiers. La question de la sécurité est posée là comme ailleurs. Mais aussi la recherche peut y trouver bénéfice.

5) **La composante « nouveau rôle social » de l'hôpital**

L'hôpital refermé sur lui-même, en vase clos, coupé de la médecine ambulatoire est obsolète. L'époque est à un système de santé coopératif, intégré, répondant aux besoins des gens et des territoires. La question de savoir ce qui s'est passé avant l'hospitalisation et ce qui se passera après est posée. Les murs physiques comme psychologiques doivent tomber. Le virage ambulatoire a du sens s'il n'est pas le prétexte forcé à la cure d'austérité de l'hôpital et à la fermeture de lits.

Les capacités d'accueil des urgences doivent être adaptées. Inutile de freiner cette évolution.

Une stratification des niveaux de compétences hospitalières doit être redessinées sans oublier que la proximité d'accès est une composante forte de l'excellence.

L'hôpital public comme lieu de formation et de recherche clinique doit être mieux pris en compte.

6) **La composante « exigence des malades »**

Les malades ne veulent plus être maltraités, ignorés. Ils veulent être respectés, écoutés et doivent participer à leur prise en charge. Ils doivent collectivement avoir leur mot à dire sur l'organisation des soins et sont les mieux à même de définir leur besoin. Un vent de démocratie doit souffler sur l'hôpital public. Le citoyen doit revenir dans les instances de gouvernance hospitalières.

Pour conclure cette note, je dirais que nous devons rester dans une analyse qui certes ne doit pas cacher les difficultés existantes mais qui doit aussi porter un optimisme devant les opportunités qu'offre le monde nouveau qui s'ouvre devant nous.