



La goutte d'eau...

Michel HANSEN (Haguenau) *Michel HANSEN*

Et il est vrai que je recherche avec opiniâtreté, dans cet été précoce, une parcelle de soleil à vous rapporter.

Je ne trouve, malheureusement, que de sombres nuages qui viennent s'accumuler au-dessus de nos hôpitaux publics :

- Démographie médicale en berne qui impacte même les cardiologues (prenant en exemple le CH de Morlaix).

- Réforme "Marisol Touraine" avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) (nous y reviendrons).

- Déficit d'attractivité jamais égalé.

- Modèle financier épuisé avec des coups de rabot successifs ne permettant même plus des budgets équilibrés, malgré des majorations d'activités.

- Tsunami administratif associant missions d'audits, d'évaluations, de certification, d'indicateurs, etc. diminuant drastiquement le temps posté sans aucune prise en compte.

"Le système se nourrit sur la bête" (même s'il n'est pas question de remettre en cause la nécessaire qualité des soins et pertinence des actes).

- Considération de notre institution en chute libre.

- Gouvernance de plus en plus difficile en regard d'un collectif médical déstabilisé, fatigué et sceptique sur son avenir.

- Paupérisation de nos rémunérations⁽¹⁾. Pour un médecin spécialiste salarié en France, le rapport au salaire moyen est de 2.2 pour 4.9 en libéral ; en Allemagne il est de 3.5 pour un salarié et de 5.3 pour un libéral.

Pour un infirmier, la France est le seul pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique où les infirmiers des hôpitaux publics ont un salaire inférieur au salaire moyen du pays.

Et "cerise sur le gâteau", l'annonce d'un cataclysme via la réforme du 3ème cycle.

Un courrier d'alerte a été adressé à notre Ministre en septembre 2017 par la Conférence Nationale des Directeurs de CH et la Conférence des Présidents de CME.

Ce constat est d'ores et déjà devenu réalité (et n'est pas encore à taux plein) avec :

- Pour les internes en médecine générale : désertification de tous nos services médicaux en dehors des urgences, gynécologie-obstétrique et pédiatrie.

- Pour les internes d'autres spécialités, le résultat est fonction des maquettes et surtout de l'interprétation de celles-ci par les coordonnateurs ainsi que de la "poussée" des stages en privé aussi bien ambulatoires qu'en établissements de santé.

Par ailleurs, on constate que plus la taille de l'hôpital est petite plus la désertification est nette.

Les conséquences sont déjà patentes :

- Désorganisation des services.
- Répercussions sur la capacité.
- Répercussions sur la permanence des soins.
- Temps senior contraint en termes d'actes et de consultations.

Alors que dans le même temps, le Président du Conseil National de l'Urgence Hospitalière⁽²⁾ nous explique que si les urgences débordent, c'est que l'hôpital est désorganisé !!!

Et, qu'une éventuelle compensation par des seniors paraît litigieuse compte-tenu de la démographie et des problèmes financiers.

La contre-attractivité devient majeure associant départs et difficultés de recrutement.

La mise en place de cette réforme n'appréhendait vraisemblablement pas (et c'est regrettable) ce type d'impact mais, de façon opportune, va grandement faciliter les restructurations tant souhaitées par nos gouvernants.

On peut, dans ce contexte, s'étonner de la position du syndicat national des enseignants de médecine générale qui se dit surpris d'entendre « que la permanence des soins pourrait être mise à mal »⁽³⁾.

Tout en affirmant que « l'internat n'est pas là pour faire tourner les hôpitaux, c'est le caractère formateur et pédagogique qui doit présider à

Brèves de comptoir

l'ouverture des postes » ; on peut espérer que ces deux derniers points soient évalués avec clairvoyance dans tous les stages !!!

On peut également regretter que l'Inspection Générale de l'Action Sanitaire n'ait été mandatée que pour une étude de faisabilité administrative de la réforme ⁽⁴⁾.

Une étude complémentaire d'impact, qui est un classique, aurait été opportune.

Que peut-on faire ? : le train de la réforme est parti (ce qui est à noter en ces temps de troubles sociaux) et paraît impossible à arrêter.

- Multiplier les messages au niveau national, ce qui est réalisé par nos conférences et on peut s'étonner d'un relatif silence de nos syndicats.

- S'impliquer ou créer un observatoire au niveau de nos Agences Régionales de Santé.

- Dans le cadre des GHT, demander une convention transparente avec les Centres Hospitaliers Universitaires.

Face à ce temps d'orage, le gouvernement lance "le plan de transformation de l'offre de soins" via six groupes de réflexion à concertation "Lucky Luke".

Celle-ci pourrait se résumer par l'avis d'un haut fonctionnaire (5) : « le problème, c'est la répartition ; nous avons trop d'hôpitaux dispersés et il faut aller beaucoup plus loin dans les regroupements hospitaliers » ; et, à un bruit de fond insistant sur "la phase 2 des GHT" et leur gouvernance...

Alors même que le bilan de la phase 1 n'est pas consolidé et que, comme le rapporte le président du syndicat (6) des managers publics de santé, « ce bilan est difficile car il y a autant de réalités qu'il y a de GHT.

Les 135 GHT existants varient énormément de l'un à l'autre ; cela va de 2 à 20 établissements, de bassins de population de 130 000 à 2 millions d'habitants ». Et, en général, le médico-social n'est pas encore inclus, sans évoquer une possible association des établissements privés.

Dans le même temps, notre Président de la République (7) proclame « qu'il n'y aura pas d'économies sur l'hôpital dans son quinquennat » ; mais, Bercy, a déjà reprogrammé 1 milliard d'économies pour 2018 ?

Et le Directeur Général de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (8) propose que « l'hôpital soit plus intégré avec la médecine de ville » évoquant notamment de remettre en question les statuts habituels des médecins et une adaptation de l'hôpital aux surcharges d'activité soulignant que pendant la période de grippe « on fera moins d'interventions chirurgicales qui peuvent attendre 1 ou 2 mois » : les établissements privés vont "se régaler". Proposition d'évolution vers un merveilleux système de santé connu actuellement chez nos amis anglais (9) où 4 millions de personnes attendent actuellement d'être opérées !

A ce stade peut-on émettre des hypothèses :

- Evolution vers un système à l'anglo-saxonne avec un système de soins à deux vitesses.

- Un hôpital public concentré assurant le grand recours (ce qui est bien) et "la misère du monde".

- Un corps soignant public paupérisé.

- Un citoyen-usager anesthésié par les multiples promesses et qui connaîtra un réveil trop tardif dans son merveilleux parcours de soins.

- Des territoires de plus en plus en jachère hors les grandes métropoles contribuant à l'image "de la grande ville contre la campagne".

Je n'ai pas à l'esprit de contribuer à l'hôpital « Bashing ». Ce petit moment épistolaire ne fait que rejoindre la déclaration du Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins dans le Journal du Dimanche.

Par ailleurs, les déclarations répétées du Président de la Fédération Hospitalière de France et de notre Ministre sur la nécessaire restructuration de nos hôpitaux devraient être plus transparentes afin d'informer les personnels des hôpitaux publics de leur avenir et de recueillir le consentement éclairé du citoyen sur les modalités de son futur système de santé.

Références

- (1) Egora.fr ; source OCDE 2015
- (2) Quotidien du Médecin N° 9651 – 26/03/18
- (3) Quotidien du Médecin du 22/09/17
- (4) Réforme du troisième cycle des études médicales – Rapport IGAS – janvier 2015
- (5) Eric Favereau 11/02/18
- (6) APMNews.com du 30/03/18
- (7) Quotidien du Médecin 17/04/18
- (8) APMNews.com du 24/04/18
- (9) Le Point 22/09/17