

OBSERVATIONS prononcées à la suite de la communication de M. Michel Huguier, (séance du lundi 21 mai 2007)

Bertrand Saint-Sernin : Quelle est, dans les hôpitaux, la proportion de médecins ayant fait leurs études à l'étranger ? A-t-on mal évalué les besoins de recrutement des hôpitaux ou fait-on délibérément appel à des étrangers ?

Que peut-on faire pour aider les pays pauvres à éviter que leurs médecins émigrent ? L'exemple du Malawi montre l'acuité du problème : on y a formé 650 médecins depuis l'indépendance en 1964 et il n'y en aurait que 50 qui seraient restés dans leur pays.

*
* *

Emmanuel Le Roy Ladurie : Comment sortir des 35 heures hospitalières ?

*
* *

Alain Plantey : On ne peut que déplorer qu'il n'y ait plus d'âme dans les hôpitaux. On y souffre et on y meurt. Il convient donc qu'il y ait une âme. Or la médecine est de plus en plus abstraite, anonyme. Jadis, les infirmières étaient des religieuses, totalement désintéressées, qui vivaient dans l'hôpital. Aujourd'hui, le personnel hospitalier va et vient. Les internes se succèdent et prennent rapidement connaissance des maux du patient par la seule feuille de soins. À cela s'ajoute une tendance au gigantisme, comme on le voit avec l'hôpital Georges Pompidou. De tels ensembles sont ingérables et reposent sur une vision fautive de l'hôpital.

On ne saurait toutefois incriminer les seuls décideurs politiques et gestionnaires pour les aberrations du système. Une partie du corps médical, qui se soustrait à ses responsabilités, est complice. Je suis personnellement favorable à ce que les chefs de service soient responsables et gèrent directement leurs services respectifs.

*
* *

Marianne Bastid-Bruguière : La critique que vous avez énoncée est assurément utile. Néanmoins, pour avoir fréquenté des hôpitaux dans de nombreux pays, je trouve que les hôpitaux français soutiennent plutôt bien la comparaison et que l'on y trouve encore beaucoup de compétence et de bonne volonté.

Sur quelle enquête appuyez-vous votre affirmation que l'introduction des RTT aurait démotivé le petit personnel hospitalier ?

D'où est venue l'initiative de créer des pôles hospitaliers ?

Vous avez suggéré que le rétablissement de dispensaires allégerait les missions actuelles de l'hôpital. Mais est-ce que, financièrement, une telle mesure allégerait sensiblement le surcoût actuel de l'hôpital dû aux interventions qu'il effectue mais qui ne devraient pas être de son ressort ?

*
* *

Bernard d'Espagnat : Mes remarques sont fondées sur une expérience personnelle et non sur des enquêtes statistiques. Aussi serez-vous sans doute amené à les corriger.

Il m'est tout d'abord apparu qu'il est très compliqué, lorsque l'on est à l'hôpital, de voir un médecin. Et lorsqu'on y parvient, c'est entre deux portes, presque à la sauvette.

Ensuite j'ai cru constater, dans l'attitude du personnel vis-à-vis des malades, une différence entre l'hôpital public et les cliniques privées. Particulièrement dans les cliniques à direction confessionnelle, il semble que soit perpétuée une tradition de gentillesse, de compréhension que je n'ai pas retrouvée à l'hôpital public.

Mes impressions vous paraissent-elles fondées ?

*
* *

Pierre Bauchet : Je tiens à remercier le professeur Huguier pour ses remarques très intéressantes sur les disfonctionnements des hôpitaux publics, notamment leur rigidité. Ne tiennent-ils pas largement au statut des hôpitaux français différent de celui des hôpitaux des pays voisins et qui n'a pas évolué ? En France, l'hôpital public occupe 65 % du secteur hospitalier, le secteur privé lucratif 20 %, le secteur privé non lucratif (notamment les PSPH) 15 % en Europe, en gros, la place faite au secteur public et celle laissée au secteur privé lucratif sont moins importantes qu'en France. De surcroît, l'évolution durant la dernière décennie indique un recul du secteur public au profit notamment du secteur public non lucratif et une tendance, spécialement en Grande Bretagne qui a conservé un large secteur public, à la privatisation des statuts des personnels. En France, les structures ont peu changé, malgré des réformes en aller et retour des réglementations de gestion, comme celle touchant la défunte "dotation globale". Toutefois, on note le recul du secteur privé non lucratif, contrairement à l'évolution générale en Europe. Ce recul s'explique par les charges exceptionnellement lourdes de personnel qui sont de 8 % plus lourdes que dans le secteur hospitalier public dont l'État assume certains coûts, alors que les catégories de soins assurés sont les mêmes dans les deux secteurs, puisque l'État en décide et que la qualité de leurs soins est jugée bonne ou très bonne par l'Accréditation de la Haute Autorité de Santé. Sans parler d'avantages financiers accordés au secteur public comme les reports de déficits. Pourquoi la structure même de l'Hôpital public est-elle si rarement évoquée ?

*
* *

André Vacheron : J'ai beaucoup apprécié la communication du Professeur Michel Huguier. Il a bien souligné la culture de réglementation et la chronophage administrative qui pèsent de plus en plus sur le corps médical.

Je voudrais faire une remarque sur les pôles d'activité et lui poser une question.

La création des pôles d'activité risque de ressembler fort dans beaucoup d'hôpitaux aux opérations de remembrement de nos campagnes avec des prélèvements de personnel médical et paramédical décidés par les chefs de pôle au profit des entités fortes et l'appauvrissement des petits services.

Ma question concerne les 35 heures appliquées de façon drastique par l'Administration dans les 31 CHU répartis sur le territoire national dès Janvier 2002 ainsi que dans les hôpitaux généraux. La conséquence en a été la désorganisation de beaucoup de services hospitaliers, la suppression de nombreux lits d'hospitalisation, l'allongement des délais de consultations et d'examen, la désorganisation du fonctionnement des blocs opératoires aggravé par les jours de repos de récupération des gardes, la dégradation de la prise en charge des malades et le découragement des médecins hospitaliers. Les Infirmières comme les Praticiens Hospitaliers sont devenus des adeptes

des 35 heures. La création d'heures supplémentaires n'apparaît pas un palliatif approprié pour les personnels attachés au « RTT ».

Quelle solution envisagez-vous pour pallier le déficit en Infirmières et en Praticiens Hospitaliers et endiguer l'hégémonie administrative de plus en plus contraignante ?

*
* *

Jacques Dupâquier : Dans ma communication du 8 janvier, j'ai évoqué l'impact du vieillissement sur la politique médicale et le coût de l'hospitalisation. Permettez-moi de revenir sur ce point. Il est clair que les dépenses médicales augmentent avec l'âge, mais que pour le moment, ce sont les progrès des techniques médicales et la médicalisation généralisée qui ont entraîné l'augmentation des dépenses. La démographie n'est intervenue jusqu'ici qu'à raison de 3 pour 1 000 par an. Mais les choses vont profondément changer quand la génération du bébé-boom va atteindre l'âge des incapacités. Dès maintenant, on peut prévoir que les dépenses médicales augmenteront mécaniquement de 1 % par an, ce qui représente une somme considérable.

Par ailleurs, le développement de la solitude risque d'entraîner un recours de plus en plus fort à l'hospitalisation. Le système hospitalier pourra-t-il supporter ce choc qui devrait se produire d'ici 15 ou 20 ans ?

*
* *

Lucien Israël : J'ai personnellement conservé des souvenirs extraordinaires de tous mes maîtres, qui étaient tout le temps présents et qui revenaient le soir s'il le fallait ; souvenirs extraordinaires également de mes infirmières dont pas une n'aurait eu l'idée de compter ses heures. Qu'en est-il aujourd'hui ?

J'aimerais également savoir ce qu'est devenu le système de l'internat des hôpitaux universitaires où il y avait 80 nommés par an sur un millier de candidats ?

*
* *

Réponses :

À Bertrand Saint-Sernin : En 1978-1979, avec Madame Weil, nous avons réduit de façon importante le nombre d'étudiants en médecine admis en deuxième année sur la base d'études démographiques comparant des critères de santé d'une région à l'autre. Il apparaissait en effet que, là où la densité médicale était la plus forte, les gens ne se portaient pas forcément mieux, mais que les dépenses de santé étaient beaucoup plus élevées. Nous avons également fait des comparaisons internationales et pris en compte le fait qu'il y aurait une « bosse » démographique dans la décennie actuelle. Sur ces considérations, nous avons réduit le nombre d'étudiants à 3 500 par an, au lieu de 7 000 les années précédentes. Mais nous avons calculé que le rythme de croisière devait être de 6 000, le chiffre de 3 500 n'ayant pour fonction que d'effacer la bosse démographique. Il était prévu qu'en 1985 on réaugmente le *numerus clausus*. Mais cela n'a pas été fait. Voilà la réponse indirecte que je peux apporter à votre question.

À Emmanuel Le Roy Ladurie : Pour sortir de l'hérésie des 35 heures, il faudrait faire appel à un Simon de Montfort ! Plus sérieusement, il y a eu des reports de jours de réduction du temps de travail dans les années précédentes. Les hôpitaux peuvent racheter des jours qui ne peuvent pas être pris en heures supplémentaires ; mais leurs finances ne le leur permettent pas toujours. En outre, on a placé une bombe à retardement sous la forme du « compte épargne-temps » ; cela consiste par exemple à permettre à une infirmière souhaitant travailler 40 heures plutôt que 35, de faire valoir les 5 heures faites au-delà des 35 pour un départ prématuré à la retraite. Donc, de la même façon que les établissements hospitaliers s'endettent financièrement, ils s'endettent en quelque sorte aussi en termes d'emplois.

À Alain Plantey : Je ne peux qu'approuver vos remarques sans aucune réserve. Les médecins chefs de service ont un rôle déterminant dans l'âme de leurs services qui composent les hôpitaux. Encore faut-il ne pas les obliger à privilégier les tâches administratives inutiles qui les accablent.

À Marianne Bastid-Bruguière : Je ne connais pas d'enquête sur la démotivation du petit personnel, mais la réduction du temps de travail a été indéniablement ressentie par les infirmières comme une dégradation de leur vie au travail. Pour vous donner un exemple concret, je vous indiquerai simplement qu'en raison de la réduction du temps de travail, les infirmières n'ont plus le temps nécessaire de chevauchement des équipes qui leur permettait de transmettre d'une équipe à l'autre des renseignements utiles concernant tel ou tel malade.

Pour ce qui est des pôles, ils constituent un moyen de remédier quelque peu au morcellement des services – encore eût-il fallu ne pas les morceler – et ils sont défendus par quelques médecins qui, dans la dérive bureaucratique hospitalière ambiante, se verraient bien chefs de pôle, sachant qu'il est moins fatigant d'assister à une réunion de deux heures en somnolant un peu que de faire une intervention chirurgicale qui dure six heures...

Quant aux dispensaires, il est très vraisemblable que, pour des soins déterminés, ils coûtent moins cher que les mêmes soins dans des structures lourdes, avec le matériel lourd et le personnel spécialisé que l'on peut trouver dans un centre hospitalier.

À Bernard d'Espagnat : Oui, il est difficile de voir un médecin à l'hôpital, sauf si l'on est particulièrement recommandé. Je répéterai simplement qu'il faut que les médecins, dont la formation a coûté cher à la collectivité, fassent uniquement de la médecine et qu'on les distraie le moins possible de cette activité par des tâches administratives.

Vous avez sans doute raison également pour ce qui est de la qualité de l'accueil dans les établissements privés. Toutefois, comme je l'ai dit, la qualité de cet accueil dans les établissements publics dépend du rôle – trop souvent mal assumé – des chefs de service. Quand un chef de service est présent et vigilant quant aux conditions d'accueil des malades dans son service, les choses peuvent rapidement changer.

À Pierre Bauchet : La France est effectivement le pays où le pourcentage d'établissements publics est le plus élevé. Aux Etats-Unis, à titre de comparaison, la plupart des établissements sont privés à but non lucratif.

Force est de reconnaître que les établissements privés à but non lucratif ont un coût de fonctionnement sensiblement inférieur à celui des établissements publics. Mais là encore, la comparaison n'est pas forcément très pertinente tant les contraintes qui pèsent sur les uns et les autres sont différentes.

À André Vacheron : Pour pallier au déficit des 35 heures, la solution la plus simple serait de redéployer les 18 % de personnel soignant qui travaillent dans les services administratifs.

À Jacques Dupâquier : L'impact du vieillissement sur les coûts hospitaliers est, quoique difficile à évaluer, quasi certain.

À Lucien Israël : L'internat a disparu et a été remplacé à la fin du deuxième cycle d'études médicales – c'est-à-dire en 6^e ou 7^e année – par un examen classant. En outre, alors que l'on avait prévu d'introduire dans cet examen une épreuve fort intelligente, consistant en une lecture critique d'articles médicaux, on a sursis à cette mesure sous la pression des étudiants.

*

* *