

LA SANTÉ COMMENT ÇA VA ?

Crise de l'hôpital public, réforme de l'assurance-maladie, égalité des soins... Le temps d'un débat, lundi 14 juin au Théâtre du Rond-Point, "Le Monde" a confronté les projets du ministre, Philippe Douste-Blazy, aux témoignages des professionnels de la santé

Edwy Plenel. - Je voudrais dédier cette soirée à quelqu'un qui est parti voilà quelques semaines : Alexandre Minkowski, un grand médecin. Quand son autobiographie, *Le Mandarin aux pieds nus*, est parue, en 1975, les dépenses de santé en France représentaient 6 % du produit intérieur brut. Aujourd'hui, elles en représentent 10 %, 150 milliards d'euros. Les Français travaillent 28 jours par an pour financer notre système, dont le déficit est en cause de manière alarmante : ce système perd actuellement 23 000 euros par minute.

Nous allons parler du rapport entre les patients et le médecin, du pouvoir médical, de l'hôpital, des spécialistes, des généralistes, des infirmières. Toutes ces questions qui font de la santé un objet social total, un objet politique au fond. Pour cela, je vais recevoir comme premier intervenant un mandarin de la politique et de la médecine, Philippe Douste-Blazy. Vous êtes ministre de la santé et de la protection sociale chargé de ce dossier bien délicat de l'assurance-maladie, et médecin vous-même. Est-ce que le pouvoir médical comme le pouvoir politique ne sont pas devenus impuissants ?

Philippe Douste-Blazy. - Il n'y a probablement pas, même pour le plus puissant des hommes politiques, un colloque aussi exceptionnel que celui du médecin avec un malade. Cela donne un pouvoir extrême, mais, quand vous avez vu des gens mourir dans vos bras, vous vous apercevez que, SDF, milliardaire, président de la République ou chômeur, à un moment donné, c'est la même chose. Cela vous donne beaucoup d'humilité.

Cette relation médecin-malade est basée sur une confiance et sur un système. La médecine française est, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), probablement la médecine la meilleure du monde. Mais l'OMS parle de la médecine curative et individuelle. En termes de médecine préventive et communautaire, nous sommes parmi les plus mauvais. J'ai donc envie de vous répondre : oui, le rapport médecin-malade est merveilleux, mais la politique de la santé doit être une politique de santé publique.

E. P. - Philippe Douste-Blazy, nous allons confronter votre volonté politique aux acteurs du secteur. Nous allons commencer par l'un d'entre eux, le professeur

André Grimaldi, chef du service de diabétologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Avec d'autres, André Grimaldi a lancé, fin 2003-début 2004, une pétition, signée par près de 1 200 chefs de service hospitaliers, soulignant la gravité de la situation dans les hôpitaux publics, le manque de personnel médical, en particulier de jeunes médecins. Professeur Grimaldi, je vous cite : *"L'hôpital public a pour mission de ne pas sélectionner les pathologies ou les patients, c'est-à-dire qu'il doit soigner les pathologies jugées non rentables et les patients non solvables. Sa mission n'est pas seulement médicale, mais sociale."* Pouvez-vous développer ce point de vue ?

André Grimaldi. - Je suis spécialiste d'une maladie chronique qui se développe beaucoup et constitue un problème de santé publique. Il y a deux millions de diabétiques en France, bientôt trois millions. Plus de deux cents millions dans le monde ! Je suis très sensible au discours sur les insuffisances de la prévention, mais, aujourd'hui, c'est la médecine curative qui est atteinte.

La pénurie a d'abord touché les hôpitaux généraux, les hôpitaux régionaux, et maintenant les centres hospitaliers et universitaires (CHU), où l'on forme les futurs médecins. Nos besoins de santé ont considérablement augmenté et les moyens, eux, sont limités. Depuis trente ans, les gouvernements successifs ont mis en place une politique qui, faute de pouvoir contrôler la demande, va réduire l'offre, diminuer le nombre de médecins et le nombre d'infirmières. Cela a été fait méthodiquement jusqu'en 2000.

Un collègue, qui prend en charge des tumeurs cérébrales à la Pitié-Salpêtrière, qui n'est pas un petit hôpital, m'a écrit : *"Onze lits fermés depuis deux ans. Liste d'attente insupportable à gérer. Comble de la honte pour un médecin, j'ai été obligé, il y a un mois, de renvoyer chez elle une patiente dans le coma en raison d'une progression tumorale rapide et imprévue alors qu'il n'y avait pour s'occuper d'elle au domicile que sa mère de 75 ans et ses deux enfants de 12 ans et 14 ans."* Nous sommes dans une situation d'urgence. Le jour de la mort, on sera tous égaux. Mais certains vont mourir plus vite que d'autres !

Je dois dire au ministre - je pense qu'il le sait - que la plupart des membres du corps médical ne pensent pas qu'il va réussir ni à boucher le trou de la "Sécu" ni même à réduire l'augmentation des dépenses de santé. Le sens de la franchise de 1 euro n'est évidemment pas économique. La logique est de préparer l'après Douste-Blazy, c'est-à-dire 2 euros, 3 euros et, progressivement, de se dire que, si la collectivité ne peut pas payer la santé, il faudra bien que chacun se la paye plus ou moins.

P. D.-B. - Vous avez totalement raison, les dépenses d'assurance-maladie vont de toute façon augmenter. Mais la courbe folle d'augmentations doit être jugulée parce qu'il y a des dépenses injustifiées. Nous ne pouvons pas ignorer le chiffre de 23 000 euros de déficit par minute. Il y a des gens qui nous attendent au tournant

: les assureurs privés. Nous aurions des franchises de 200 ou 300 euros par an. Dans ce cas, les plus modestes vont trinquer.

Vous avez évoqué *"le problème de la pénurie de lits"*. Dans certains services en Ile-de-France, il y a 40 % d'internes en moins. Les internes ne veulent plus aller dans des services dits *"pénibles"* ou *"non formateurs"* : chirurgie, pédiatrie, obstétrique, réanimation, anesthésie. Ce qui est une catastrophe. Bernard Kouchner a fait de l'internat un examen national classant. Nous devons prendre la liste de cet examen et donner le nombre de postes en fonction des besoins. C'est cela aussi l'Etat régulateur.

En Europe, tout le monde se met à faire une franchise. J'ai refusé, pour la France, une franchise de 50, 100 ou 200 euros. Il y a une discussion au sein de notre majorité.

E. P. - Alors, vous ne cédez pas à la pression ultralibérale ?

P. D.-B. - Je n'ai pas cédé à une injustice : faire payer de la même manière quelqu'un qui a 50 000 euros par mois ou quelqu'un qui en a 1 000. On m'a dit qu'il faudrait peut-être faire payer 3 euros par boîte de médicaments. J'ai dit non. Pour ne pas faire payer de la même manière les riches et les modestes, nous avons exonéré les personnes au tiers payant, les bénéficiaires de la CMU, les enfants de moins de 16 ans et les femmes enceintes de cet euro par consultation. En juillet, nous proposerons au Parlement des amendements pour fixer un plafond au bout d'un certain nombre de consultations.

A. G. - Le paiement à l'acte, qui lie la rémunération du médecin à ses prescriptions, devrait être rediscuté aujourd'hui, au moins dans les maladies chroniques. Il y a également une pression de l'industrie, qui est là pour faire des bénéfices. Il y a un visiteur médical pour neuf médecins. On fait des campagnes à la radio pour dire : *"Pas plus de cinq médicaments par ordonnance"* et, en même temps, 23 000 visiteurs médicaux disent : *"Pouvez-vous rajouter un médicament s'il vous plaît ?"*

Une des logiques du plan Hôpital 2007 est d'introduire le paiement à l'acte à l'hôpital. Et on arrive à cette chose incroyable que notre directrice générale, formée dans une entreprise privée, nous dise : *"Il faut augmenter l'activité."* Que veut dire pour un médecin d'augmenter l'activité ? Augmenter l'activité, cela veut dire *"couler la Sécu"*.

P. D.-B. - Je suis pour que nous gardions le paiement à l'acte en médecine libérale. Nous pouvons le faire avec le dossier médical personnel, avec le parcours personnalisé de soins, le médecin traitant avant le médecin spécialiste. En revanche, je ne veux pas de paiement à l'acte à l'hôpital.

E. P. - Voilà une excellente transition pour notre invité suivant, le professeur Guy Vallancien, chef du département urologie et néphrologie de l'Institut mutualiste Montsouris. Le professeur Vallancien est à l'opposé, avec des points de départ semblables, d'André Grimaldi. Vous avez réalisé un livre de dialogues avec Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, pour briser le tabou de l'hôpital public, poser la question de sa dimension managériale.

Guy Vallancien. - Nous étions, André Grimaldi et moi, dans le même hôpital. Je l'ai quitté parce que je ne voyais pas la fin d'une dégradation. J'ai cherché à exercer dans le cadre d'un autre statut, privé affilié au secteur public, avec des missions ou non d'intérêt public. Le vrai problème de la médecine est qu'elle a fantastiquement évolué sur le plan technologique, tout en restant totalement arriérée sur le plan du management. Il n'y a aucune culture entrepreneuriale cherchant à valoriser les hommes et les femmes qui prennent des initiatives. Nous sommes dans le gris d'une fonction publique où le médecin du travail de l'hôpital est payé de la même façon que l'accoucheur qui vient de se taper deux gardes de nuit.

Vous explosez le système si vous ne reconnaissez pas le mérite, si vous n'évaluez pas les pratiques. En France, l'évaluation, c'est la punition, la sanction. Dans les pays anglo-saxons, c'est la promotion. Il nous manque cette culture de management. Il est important que le plan Hôpital 2007 soit poursuivi, mais ce sera 2015. Vingt-cinq pour cent des hospitaliers sont prêts à foncer dans la réforme pour le bien des malades. Avec 25 % de décidés, on peut gagner la partie et on emballera les hésitants. Aidez financièrement les hôpitaux vertueux, ils vous en seront reconnaissants au centuple.

E. P. - Philippe Douste-Blazy, vous avez annoncé aujourd'hui, à Bordeaux, une prime pour les établissements hospitaliers *"les plus méritants et les meilleurs"*...

P. D.-B. - L'idée traîne au ministère depuis dix ans ! Je n'ai rien contre les palmarès, dans les magazines, des meilleurs services hospitaliers publics et des meilleures cliniques. Je pense que ce serait à nous d'établir ce classement. Toutes les équipes soignantes, dans le public comme dans le privé, acceptent l'accréditation et l'évaluation. Sur cette base, nous pourrions donner une prime, non pas à la personne, mais au fonctionnement de l'hôpital. Personne ne veut privatiser l'hôpital public.

E. P. - Pouvons-nous sortir du débat entre professeurs et évoquer la crise de la canicule ? L'homme qui a sonné l'alarme pendant cette période, c'est Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers en France. Il a aussi signé l'appel contre la *"guerre à l'intelligence"*, en faisant ce commentaire : *"Avec l'expression France d'en haut, France d'en bas, Jean-Pierre Raffarin a utilisé un très mauvais vocabulaire. Pendant la canicule, la France d'en bas a eu beaucoup de mal à faire comprendre à celle d'en haut qu'elle souffrait et était en*

difficulté. Les Français ont besoin de plus de solidarité, d'une économie au service de l'homme et non le contraire, d'un service public efficace. Bref, des choix de société majeurs."

Patrick Pelloux. - Puisque vous êtes reparti de la crise et de la catastrophe sanitaire de l'année dernière, et puisque vous parliez de management, je veux bien que l'on demande aux médecins d'être managés, mais il faudrait d'abord que l'ensemble soit bien managé. Car nous nous sommes sentis un peu seuls l'année dernière, au moment de la catastrophe. Elle a révélé que l'ensemble du système sanitaire et social n'avait pas fonctionné. Nous vivions dans l'idée que *"la France avait le meilleur système au monde"*. Quand le coup de sifflet a retenti au mois d'août, les managers étaient partis en vacances. Il y a eu 25 000 morts en Europe, dont 15 000 en France.

Les prochaines années devraient voir les catastrophes écologiques se multiplier. Et notre système n'y est pas prêt. Par ailleurs, n'en déplaise à Guy Vallancien, l'hôpital n'est pas une entreprise, mais une communauté humaine. A Saint-Antoine -à Paris-, on a supprimé les ouvriers qui réparaient les ascenseurs. Autrefois, à 2 heures du matin, quand un ascenseur tombait en panne, il était réparé dans la demi-heure. Depuis que ce marché a été privatisé, certains de nos ascenseurs sont en panne depuis près d'un an. La logique marchande n'est pas applicable à l'hôpital.

Je suis contre le plan Hôpital 2007. A l'hôpital de Lannion, des collègues ont déjà reçu la lettre disant : *"Vous avez baissé d'activité, vous allez perdre 9,3 postes équivalent temps plein."* Comme l'a dit le professeur Grimaldi, la course à l'activité a commencé. Je suis aussi opposé à la réforme de la gouvernance. Elle propose une sorte de mandarinat revisité, dans lequel les personnels ne vont pas être écoutés. Or nous avons besoin d'une sorte de *"démocratie participative"*, d'adhésion collective à un projet de l'hôpital au service des hommes. Par ailleurs, la cohésion sanitaire et sociale implique que les deux systèmes, libéral et hospitalier, cohabitent et échangent. Or la permanence de soins est, pour l'instant, un échec. Je crains le pire pour l'avenir.

P. D.-B. - J'ai décidé de ne pas remettre en question la sacro-sainte liberté d'installation. Car il faut d'abord jouer sur l'incitation, sur les aides à l'installation pour les praticiens libéraux et sur les mesures d'accélération de carrière pour les hospitaliers. Je vais d'abord faire réécrire le décret sur les aides à l'installation dans un sens moins restrictif.

P. P. - Il faudrait bâtir une université de la santé qui regroupe à égalité toutes les professions de santé, qui s'implique et rend plus dynamique la formation initiale et continue, mais en totale indépendance à l'égard de l'industrie pharmaceutique. Il faut aussi revenir sur certaines réformes. On a bafoué et jeté à terre l'aide médicale d'Etat (AME) destinée à ceux qui n'ont pas de papiers, qui n'ont plus rien, qui arrivent en France et qui sont souvent malades. J'en appelle à toute votre

humanité.

P. D.-B. - En 1956-1957, les hôpitaux étaient des hospices. Personne ne voulait y aller. Les médecins allaient dans le privé et se faisaient de l'argent. Le professeur Robert Debré a proposé de former une élite hospitalo-universitaire. Le système a fonctionné pendant plus de trente ans. En l'an 2004, on ne peut plus être en même temps un grand chercheur, un grand enseignant et un grand clinicien. Je me demande s'il ne faut pas revenir à l'idée de contrats universitaires de cinq ans.

Quant à la réforme de l'AME, elle est très difficile à appliquer. La politique de santé publique n'a pas à limiter ou à définir l'immigration. Faire croire qu'un étranger - parce qu'on ne va pas le soigner de la syphilis, de la tuberculose ou du VIH - le dira à d'autres et que cela constituera un frein à l'immigration, ce n'est pas vrai. En revanche, nous devons avoir une vraie politique de l'immigration, et diminuer le nombre de mois nécessaires pour donner une réponse aux demandeurs d'asile. Il y a nécessité d'avoir une circulaire sur l'urgence. Il n'est pas possible qu'en France on ne traite pas quelqu'un, quel qu'il soit, en situation d'urgence médicale.

E. P. - Cela veut dire que les dispositions sur l'AME du ministre précédent vont être revues.

P. D.-B. - Cela veut dire que la circulaire que je vais prendre est une circulaire sur le fond.

E. P. - Nous allons recevoir maintenant Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français. M. Chassang, vous représentez une corporation. Quelles sont aujourd'hui vos relations avec le gouvernement ?

Michel Chassang. - Nous sommes tous un peu corporatistes, et tous aussi à la fois soignants et soignés, un jour ou l'autre. Le système de santé est avant tout fait pour les patients et pas pour les médecins, dont 60 % sont libéraux. Les Français sont d'ailleurs très attachés à ce type de médecine, et à leurs médecins traitants. Mais, la différence s'estompe entre médecine libérale et médecine hospitalière. L'exercice est partout contraint. Néanmoins, un praticien libéral dispose de la liberté d'entreprendre : il peut adapter son temps de travail, son nombre de patients en fonction de ses besoins et de son objectif de carrière. Cette liberté d'entreprendre est symbolisée par le paiement à l'acte. Si demain vous le faites disparaître, il y aura des files d'attente et un rationnement des soins.

Pour autant, les médecins libéraux sont très inquiets. Nous avons toujours l'espoir qu'une réforme sauvera le système. Mais, jusqu'à présent, toutes se sont faites sur le dos de la médecine de ville. En particulier, celle de 1995. Depuis lors, les choses ont considérablement changé, mais à l'heure des alternatives à l'hospitalisation, des durées d'hospitalisation qui ne cessent de rétrécir, où l'on parle de plus en plus de réseau ville-hôpital, je trouve curieux que la réforme à venir porte quasi

exclusivement sur le milieu libéral.

E. P. - Le plan actuel sur l'assurance-maladie est le dix-septième depuis 1975.

P. D.-B. - Mais, ce n'est pas le énième, M. Plenel. Ce que dit Michel Chassang est très important. La formation médicale continue est absolument nécessaire et les références médicales doivent s'appliquer aux médecins libéraux comme aux hospitaliers. Le dossier médical personnalisé sera commun et obligatoire. Si vous ne le présentez pas, vous ne serez pas remboursé.

M. C. - Nous sommes d'accord pour les sanctions, à la condition que ce soit sur des critères médicaux. Le dossier médical n'est pas conçu pour cliquer les gens et faire prescrire moins d'antibiotiques ou d'indemnités journalières. Ce dossier médical permettra, entre autres, d'éviter les redondances de prescriptions d'examen et aussi les affections iatrogènes.

P. P. - Je suis complètement d'accord pour que, dans l'intérêt du malade, ce dossier soit partagé entre la ville et l'hôpital. Mais, monsieur le Ministre, je tiens à vous signaler que le système informatique n'est pas du tout au point. La mise en place de la tarification à l'activité avec des machines à écrire, on n'y arrivera jamais.

A. G. - Je suis assez d'accord avec ce qui a été dit sur la prise en charge du patient en ville comme à l'hôpital. Nous avons les uns et les autres à rendre compte à la société sur la façon dont est dépensé l'argent collectif, selon des critères médicaux.

E. P. - Nous accueillons Annick Clémence, qui est cadre supérieur infirmier dans le service d'urgences cérébro-vasculaires de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

Annick Clémence. - Vous évoquiez les 35 heures : seule la maladie n'est pas en 35 heures. Elles ont été appliquées d'une façon non réellement concertée. Nous sommes totalement pour les 35 heures. La loi doit s'appliquer et c'est un progrès social. Mais cela n'a fait qu'aggraver le déficit. La pénurie d'infirmières est organisée et pensée depuis un moment. Des tas d'instituts de formation sont fermés. Quand, il y a dix ou douze ans, nous n'avions plus d'infirmières à mettre face au malade, on disait "*on va fermer des lits*". A ce jeu-là, les perdants ont été les hospitaliers et les patients puisqu'il y a moins de lits.

Qui cherche à savoir pourquoi le métier d'infirmière est sinistré ? Ce n'est pas possible que les jeunes ne soient pas attirés par ce métier passionnant. Que comptez-vous faire, monsieur le Ministre, pour revaloriser ce métier indispensable pour soigner des malades ?

P. D.-B. - Nous allons faire en septembre ou octobre la première campagne de

valorisation des métiers de l'hôpital, comme il y en a eu pour la police, l'armée et d'autres services publics. Nous manquons de réseaux ville-hôpital et du personnel pour les monter. Il faudrait que nous augmentions de mille le nombre de réseaux ville-hôpital dans l'année.

E. P. - Claire Compagnon, vous êtes directrice des actions de lutte pour les malades à la Ligue nationale contre le cancer. Comment les usagers abordent-ils les questions de santé ?

Claire Compagnon. -Ce soir, le débat s'est beaucoup focalisé sur l'hôpital et la réflexion des usagers sur l'hôpital, c'est qu'on y trouve le meilleur et le pire, parfois dans un même service hospitalier. Ces pratiques extrêmement diversifiées tiennent tout de même à la fois aux hommes et à l'organisation. Les progrès faits en médecine ont été accomplis en matière de techniques et technologies. Ils se sont très peu faits en termes d'organisation des soins, des procédures et des décisions qui doivent être prises. Ce que vivent aujourd'hui les patients dans certains services hospitaliers reste encore tout à fait insupportable pour des défauts de compétences, d'organisation, pour des circuits d'information inexistantes. Donc, il y a une vraie réflexion à mener sur cette question. Je suis représentante des usagers à l'hôpital Georges-Pompidou -Paris- qui est un hôpital moderne, organisé, informatisé. La semaine dernière, j'ai reçu la lettre d'une patiente qui me racontait que, soignée pour un cancer du sein, elle avait pris la décision, en juillet 2003, de se faire reconstruire le sein après l'ablation, L'opération était fixée en avril 2004. Elle est entrée à l'hôpital. Elle a été prémédiquée, déshabillée, descendue au bloc. Et là, un chirurgien a dit : "*Ce bloc-là est pour moi : vous remontez*". Et cette femme a dû ressortir de l'hôpital. Personne n'a dit : "*il est inqualifiable de faire sortir cette femme du bloc opératoire*". Vu les délais d'attente en matière de reconstruction mammaire, elle ne sera opérée que dans un an. Et je ne vous parle pas évidemment de son organisation matérielle, de son arrêt de travail...

Monsieur le Ministre, vous avez énoncé tout à l'heure, un certain nombre de choses en disant "*il faudrait*". Il me semble que vous êtes vraiment à la bonne place pour que cela se transforme en réalité. Les usagers, le collectif inter-associatif sur la santé que je représente, savent qu'il va falloir payer pour financer l'assurance-maladie. Un certain nombre d'actes médicaux - je le vois dans le domaine de la cancérologie - sont pratiqués sans aucune raison pertinente, soit en termes de qualité de vie pour les personnes, soit - plus grave - en termes de pertinence thérapeutique. Quand allons-nous évaluer précisément le service médical rendu, quand va-t-on, messieurs les docteurs, évaluer votre compétence et ce de manière obligatoire et systématique ? Quand dira-t-on qu'il n'est plus possible dans les CHU de pratiquer la recherche, la clinique, l'enseignement et, évidemment, l'administration ? Personne n'est en capacité de faire ces quatre métiers à la fois.

Il n'y a pas de continuité entre la médecine de l'hôpital et la médecine de ville. Il faut peut-être rémunérer autrement la pratique de la médecine en réseau. Si on veut systématiser cette pratique en réseau, la rendre efficace à la hauteur des

enjeux, elle nécessite d'être qualifiée autrement et sans doute d'être rémunérée autrement.

P. D.-B. -Tout ce qui nous rassemble ici, c'est le malade. On sait que cela va coûter de plus en plus cher. Le problème est de payer de la manière la plus justifiée possible. Comme Mme Compagnon, je crois que le malade est notre seule force pour réformer ce système.

(Transcription réalisée par les sténos du Monde.)

L'intégralité du débat peut être écoutée sur lemonde.fr. Une version abrégée sera diffusée sur la chaîne Public Sénat jeudi 17 juin à 22 h 15. Rediffusions : vendredi 18 juin à 7 h 30 et 16 h 30, et lundi 21 juin à 10 h 30.

Droits de reproduction et de diffusion réservés Le Monde 2002.

Usage strictement personnel.

L'utilisateur du site reconnaît avoir pris connaissance de la Licence de droits d'usage, en accepter et en respecter les dispositions.