

L'hôpital public malade de sa dispersion
Bernard DEBRÉ Professeur de médecine ; ancien ministre.
Le Figaro, 28 avril 2004

Les idées reçues ont la vie dure. Aujourd'hui encore, nous proclamons avoir le meilleur système de santé du monde, mettant en avant en particulier l'excellence de nos hôpitaux. Mais est-ce véritablement encore le cas? Je soupçonne ceux qui l'annoncent d'être soit aveugles soit complices ; en tout état de cause de ne pas vouloir accepter les réformes essentielles.

L'environnement médico-social et économique a fondamentalement évolué depuis 20 ans. Les malades restent beaucoup moins longtemps hospitalisés. Les nouvelles technologies comme la coelochirurgie et les nouveaux médicaments ont diminué la durée moyenne de séjour à l'hôpital. Il y a encore quelques années, il n'était pas rare que, pour l'ablation d'un rein cancéreux, le malade reste hospitalisé plus de deux semaines, aujourd'hui l'hospitalisation ne durera que trois jours. Quel gain de temps! Le malade souffre moins et il coûte moins cher. Tout le monde y gagne. Il en va ainsi de beaucoup d'interventions chirurgicales.

L'exemple des traitements de certains cancers par chimiothérapie est également intéressant. De plus en plus, ils sont administrés lors d'une hospitalisation de quelques heures. Ainsi, alors qu'il y a 15 ans un malade occupait un lit pendant 15 jours, aujourd'hui, dans le même temps, dans le même lit, il est possible de traiter cinq malades. En 15 ans, si le nombre des hospitalisations a augmenté de 9 %, la durée moyenne de séjour a été réduite de 40%. Cette tendance va s'accélérer sans aucun doute. Même si les hôpitaux traitent plus de malades aujourd'hui qu'hier, il est évident que le nombre de lits d'hôpitaux nécessaires est bien moins important. C'est pourquoi tant de lits sont vides... N'oublions pas qu'un lit non occupé mais «disponible» coûte très cher.

Parce qu'il existe aujourd'hui de nouvelles technologies et de nombreux médicaments très performants, le traitement moderne des malades impose des «plateaux techniques» extrêmement sophistiqués autour desquels travaillent des médecins de plus en plus spécialisés. Lorsqu'un homme fait un infarctus du myocarde, il est maintenant possible d'introduire en urgence une sonde dans ses artères coronaires pour dilater le rétrécissement responsable de l'infarctus, d'y placer un matériel microscopique qui maintiendra l'artère perméable et ainsi de le sauver. Imagine-t-on que dans chaque hôpital, quel que soit son lieu d'implantation, il soit possible d'avoir ce plateau technique moderne et surtout qu'il y ait 24 heures sur 24 un spécialiste d'angiographie interventionnelle compétent pour traiter les infarctus?. Ce serait criminel de le faire croire. Et j'aurais pu prendre d'autres exemples...

Ainsi, alors qu'il y a quelques années chacun s'accordait à penser qu'il fallait au plus proche de chez soi une structure hospitalière capable d'accueillir les urgences et de traiter tous les malades, cette conception est devenue obsolète. Certains petits hôpitaux «près de chez soi» sont devenus dangereux, ils ne sont plus capables d'accueillir les urgences et de traiter selon les normes modernes toutes les maladies, faute de plateau technique adapté, faute de spécialiste entraîné.

Si l'environnement médico-social a beaucoup changé, imposant le regroupement des plateaux techniques et des médecins spécialistes dans de grands centres modernes et performants, les contraintes économiques nous y obligent également. En effet les dépenses de santé augmentent, creusant toujours plus le trou de la sécurité sociale. Philippe Douste-Blazy, comme avant lui l'avait fait Jean-François Mattei, a annoncé qu'il manquera 12 milliards d'euros rien que pour cette année 2004. En 2020 ce seront 100 milliards qui manqueront. N'oublions pas que les dépenses hospitalières représentent 50% des dépenses de l'assurance-maladie. Or il existe en France 3 000 hôpitaux et cliniques; 30 par département, un tous les 15 km, 700 000 lits, plus d'un pour cent Français; deux ou trois fois plus qu'en Angleterre ou aux Etats-Unis. Ce qui est manifestement trop.

D'autres facteurs nous contraignent à une réforme en profondeur. Certains hôpitaux sont désertés à la fois par les médecins, les infirmières, voire par les malades!

Des milliers de postes de médecins des hôpitaux sont vacants faute de candidats et quand on sait que près d'un tiers des postes occupés le sont par des étrangers dont les diplômes ne correspondent pas aux normes françaises, on peut ainsi mesurer cette immense désaffection médicale. Il manque, d'autre part, tellement d'infirmières qu'il a fallu en faire venir de toute l'Europe. Qu'on se souvienne de l'épisode des infirmières espagnoles qui sont venues il y a quelques années et qui pour beaucoup sont reparties tant les conditions de travail étaient peu attractives. Enfin, plusieurs hôpitaux situés dans de petites villes n'attirent plus les malades. Que dire d'un service de chirurgie de 25 lits dont 5 sont occupés? Que penser d'un service de

gynécologie et d'obstétrique qui effectue 2 ou 3 accouchements par semaine? Quelle valeur accorder à un service d'urgence qui ne reçoit que deux à trois malades par semaine? Comme le nombre d'hospitalisations globales augmente en France, c'est que les malades vont préférentiellement dans des grands centres bien équipés, tant en matériel qu'en médecins !

Ensuite les 35 heures leur ont donné le coup de grâce. La pénurie des infirmières déjà patente s'est aggravée. Auparavant les infirmières de nuit travaillaient déjà 35 heures, celles de jour en travaillant 39. Puisque maintenant toutes doivent réduire leur temps de travail, celles de nuit sont passées à 32 heures. Certes leur travail est fatigant, difficile, mais est-il possible de gérer l'hôpital quand on sait que les équipes de nuit ne travaillent plus que 12 jours par mois ?

Mais les 35 heures ont aussi transformé la mentalité de certains médecins. Alors qu'auparavant il paraissait incongru de compter ses heures de présence, tant en salle d'opération qu'auprès des malades, voici que certains, «contaminés» par cette nouvelle société qui magnifie les loisirs et diabolise le travail, se mettent à calculer leurs heures, réclamant plus de repos, plus de vacances. Cette nouvelle mentalité s'est imposée et va se répandre d'autant plus que ceux qui veulent travailler sont désespérés par les difficultés qu'ils rencontrent quotidiennement.

Voici donc tout le paradoxe. Des petits hôpitaux, parfois dangereux et qui coûtent chers, désertés par les médecins, les infirmiers, parfois les malades; A côté, de grands autres hôpitaux suractifs mais qui n'ont plus les moyens de fonctionner correctement. Quand pourra-t-on faire comprendre aux Français qu'il est déraisonnable et dangereux de garder tant d'hôpitaux et que le bon sens voudrait qu'on en transforme un certain nombre en structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes? Mais notre politique hospitalière est ainsi faite que les crédits qui ne sont pas illimités sont dispersés indistinctement. Les petits hôpitaux absorbent tant d'argent que les grands, qui pour beaucoup sont hyperactifs, n'ont pas les crédits nécessaires à leur fonctionnement.

Si l'hôpital public est en crise, comment se fait-il qu'il soit si difficile de le réformer? Les Français, saoulés par les slogans, s'imaginent toujours avoir le meilleur système de santé du monde. Mais les politiques eux aussi portent de lourdes responsabilités. Le simple mot de réforme les fait frémir. La majorité semble vouloir s'excuser de l'utiliser, l'opposition y voit la marque d'un libéralisme antisocial. Tous s'accordent donc pour ne rien faire. Mais que va-t-on dire à nos enfants quand notre système de soins sera irrémédiablement détruit et que seuls les patients qui ont suffisamment d'argent pourront se soigner? L'immobilisme est dévastateur. Il faut au contraire de l'audace et une véritable vision de l'avenir.