

Le secteur public hospitalier, forces, faiblesses et perspectives

N'a-t-on pas applaudi les soignants début 2020 ? Et pourtant... Après le Ségur de la santé en 2020, le Sénat a diligenté fin décembre 2021 une commission d'enquête sur le secteur public hospitalier, afin de comprendre la fuite du personnel, son épuisement et les remèdes à y apporter.

Un secteur face à des changements comportementaux, sociétaux et techniques

Le malaise à l'hôpital a des causes multiples et complexes, et la crise préexistait bien avant la pandémie.

On « consomme » la santé de façon différente

La santé a évolué avec les progrès technologiques, et la Sécurité sociale a élargi très fortement l'accès aux soins : on « consomme » la santé de façon différente (ex des télé-consultations).

Les connaissances des personnels médicaux peuvent être remis en cause par le patient qui s'est renseigné sur internet avant une consultation, et leur légitimité peut, du coup en pâtir.

De même la réponse immédiate quasiment exigée d'un patient à un professionnel de santé (témoignage d'une sage-femme) suite à un mail envoyé tard dans la nuit renforce les injonctions du « tout tout de suite ».

L'élévation du niveau de formation et l'accès au savoir via internet ont fait descendre les soignants de leur position de « sachant ». Les patients se comportent de plus en plus comme des consommateurs et supportent de moins en moins l'échec, l'incertitude. Une attitude qui interroge ! Mais qui ne concerne pas que le secteur de la santé.

Que les soignants partagent le savoir et qu'on arrive à une position plus égalitaire, plus critique, où soignants et patients avancent ensemble, en partenariat et non autour d'une relation de pouvoir est une bonne chose. La question est comment on gère cela.

Sur le plan sociétal, on constate que plus on est en sécurité, moins on admet quand cela ne se passe pas comme prévu. Dans le domaine des soins, les urgences de l'hôpital en sont un exemple, avec une sécurité des soins bien supérieure à il y a 25 ans, et un sentiment d'insécurité beaucoup plus élevé. Ce qui est un progrès devient une obligation, un droit, un dû.

Au plan technique, la multiplication des possibilités techniques entraîne des difficultés de choix d'exams, l'informatisation implique le travail sur écran et non en face à face (le patient ne se rend pas compte qu'on s'occupe de lui... sans le voir !), la traçabilité des actes devient plus importante que l'acte lui-même et en tout cas que la qualité relationnelle. Augmente aussi la judiciarisation des comportements médicaux « pour se couvrir »

Une économie du système de santé régulièrement revisitée depuis l'après-guerre

Le système de santé a fortement évolué depuis la 2^{ème} guerre mondiale¹

Depuis la réforme imposée par Bonaparte, il y a eu petit à petit des médecins en permanence à l'hôpital. C'est l'époque où dominent les « grands patrons ». Le matin ceux-ci sont à l'hôpital où ils travaillent pour l'hôpital public avec un niveau de rémunération faible et l'après-midi ils soignent des malades fortunés qui sont installés à leur domicile.

¹ Source : <https://academisciencessmoralesetpolitiques.fr/wp-content/uploads/2021/01/Com-Fabiani.pdf>

Au lendemain de 1945, ce système disparaît et laisse la place à l'hôpital pour tous. Dans le même temps la médecine connaît des progrès fulgurants mais qui nécessitent un ensemble de matériels techniques coûteux ce qui est incompatible avec les soins à domicile. En 1958, avec l'arrivée au pouvoir du général de Gaulle, se met en place une réforme qui impose le modèle de l'hôpital universitaire tel que nous le connaissons aujourd'hui.

C'est l'époque des « Trente glorieuses » où la croissance économique permet de financer la construction d'établissements modernes couvrant de manière équitable l'ensemble du territoire. C'est durant cette période que le système hospitalier français connaît son développement numérique le plus rapide et le plus intense.

Mais avec la crise pétrolière et le ralentissement de la croissance économique le problème du financement du système hospitalier se pose avec une acuité renouvelée. La solution (illusoire, provisoire ?) sera trouvée dans un premier temps avec la technique du budget global (1984). Chaque centre hospitalier se voit attribuer un budget global qu'il doit absolument respecter. On imagine facilement les luttes internes pour obtenir la meilleure dotation possible et les difficultés des établissements qui doivent faire face à une demande médicale en forte croissance. Ce nouveau système donne un pouvoir considérable aux gestionnaires qui jusque-là n'en avaient guère. La tarification à l'acte (T2A) sera instaurée en vue de corriger ces défauts.²

La Création des ARS et de la T2A.

Mise en perspective et objectifs

La plupart des hôpitaux étant en déficit, il faut diminuer les dépenses de santé, et le patient ne se soucie guère de l'aspect comptable du soin, réclamant toujours plus de confort, sans parfois grande conscience citoyenne. En 2008 la création des Agences Régionales de Santé a donné beaucoup de pouvoir à l'administratif, et la Tarification à l'activité (T2A) entraînant une prévalence comptable génère une monétarisation de chaque acte hospitalier, et donc une logique marchande (actes rentables privilégiés au détriment de l'aide à la prévention, à la psychiatrie, à la gériatrie, aux handicaps et aux maladies chroniques : AVC, diabète, dialyse) ! Toutefois des enveloppes MIG (maintenant FIR) compensent partiellement ce qui n'est pas rentable. Ainsi ont été développées les permanences d'accès aux soins de santé pour les publics en grande précarité, les unités d'accueil pour personnes sourdes, l'addictologie...

Les conséquences de cette réforme

Pour les soignants d'abord, témoignages

Les soignants se sont sentis dépossédés du sens premier de leur travail : prodiguer des soins de qualité, en étant tous très conscients de leurs responsabilités, avec un professionnalisme aigu, qui a permis de traverser la pandémie. Mais à quel prix en terme humain !

Le sentiment du personnel de ne pas être écouté, l'inflation des tâches administratives (parfois s'avérant inutiles), la technocratie au détriment du temps passé auprès des patients, poussent au découragement... petit à petit les infirmiers et aides-soignants souffrent d'une perte de sens dans leur métier.

S'ajoute à cela depuis quelques années une baisse des effectifs du personnel soignant dans les services. Planifié au départ pour des raisons économiques et de rentabilité, cette gestion du personnel a induit la crise des effectifs qui s'accroît depuis près de 5 ans pour les raisons suivantes.

² La CSG (Contribution Sociale généralisée) instaurée en 1991 par le gouvernement Rocard constitua une autre piste pour rééquilibrer les finances du système de santé. En effet, le financement par les cotisations assises sur les salaires ne permet pas, en période de chômage massif et alors que l'on cherche à diminuer le coût du travail en abaissant les cotisations patronales ou salariales sur les bas salaires, de fournir les ressources suffisantes pour assurer l'équilibre financier du système de santé

Les Burns out, les maladies du travail (troubles musculo-squelettiques) obligent à de nombreux arrêts. Les médecins et infirmiers fuient vers le privé, ou en Suisse pour notre région, par attractivité financière. La tension induite par manque de personnel oblige à moins respecter les congés hebdomadaires ou annuels des agents, afin de maintenir la continuité du service de soins. Cette réalité assortie avec des contrats d'embauches souvent précaires et des salaires très peu attractifs, font que les jeunes professionnels préfèrent se tourner vers des agences intérimaires médicales pour travailler. Dans ce cadre ils peuvent choisir leurs périodes de travail ou de non activité, ce qui désorganise la continuité du service de soins.

Des aspects positifs aussi

Le positif de cette réforme: une augmentation très importante des moyens dans certains hôpitaux. A Chambéry, en une quinzaine d'années le nombre de médecins a doublé. Les lignes de garde et astreinte se sont multipliées.

Actuellement il semble y avoir une prise de conscience, dans les administrations centrales, que la relation est fondamentale, entraînant des évaluations qui impliquent le patient et son expérience. Ce qui questionne, c'est qu'une fois de plus, on met en place des systèmes déshumanisants, et on essaye d'obliger à ré-humaniser via des contrôles, de nouvelles démarches administratives... N'est-ce pas un point qui peut expliquer en partie l'épuisement des équipes ?

D'autres facteurs externes contribuent à accroître les difficultés

L'une des difficultés de l'hôpital n'est-elle pas que la médecine libérale est en grande souffrance aussi ? Exemple du nombre de pédiatres libéraux moins nombreux maintenant qu'à l'hôpital. La permanence des soins est moins assurée, en particulier la nuit. Si on ajoute la précarisation et le vieillissement de la population, la demande du risque zéro, on comprend l'engorgement des services d'urgences.

Des solutions existent...

Une ré-humanisation de l'hôpital réclamée à tout niveau de la hiérarchie, ainsi qu'une meilleure coordination entre médecine de ville et hôpital, permettraient de désengorger les urgences trop souvent en première ligne et débordées.

Des bonnes pratiques : l'expérience canadienne pourrait être un exemple pour remédier aux dysfonctionnements : l'ordre national des soins infirmiers créé en 2006 s'en est saisi : un collectif « santé en danger » s'est créé, réclamant une meilleure qualité du travail, des meilleurs ratios patient-soignant, des salaires décents et plus de moyens pour la recherche (instauration de master santé, diplôme de pratiques avancées, élargissement des possibilités de prescription de médicaments et constats des décès).

Une place accrue des usagers. Ils sont de plus en plus représentés dans les hôpitaux. Dans la formation des professionnels interviennent des « patients experts » ou « patients ressources » (un congrès sur ce thème a eu lieu cet automne à Montpellier). Il existe au CHU de Grenoble une « université du patient ».

L'Hospitalisation à domicile est également une alternative. Elle peut éviter ou raccourcir des hospitalisations puisqu'elle est définie comme une alternative à l'hospitalisation. Ainsi, une fois le diagnostic posé, c'est l'hôpital qui se déplace au domicile du patient pour réaliser les soins techniques nécessitant une coordination médicale. En s'appuyant sur les acteurs locaux, elle aide à développer le lien ville-hôpital. Le patient apprécie de pouvoir être à domicile en sécurité, le plus souvent dans un cadre familial, avec une continuité des soins, entouré par une équipe pluri-

professionnelle. Sur le plan financier, l'hospitalisation à domicile revient bien moins chère qu'une hospitalisation conventionnelle.

Les maisons de santé représentent également une solution alternative permettant un meilleur dialogue entre diverses pratiques professionnelles au plus près des territoires (et surtout en rural), et une meilleure articulation vie de travail /vie professionnelle très réclamée par les jeunes praticiens. Ces maisons de santé pluridisciplinaires, mais aussi des pôles de santé et d'autres dispositifs innovent en médecine de ville. Ils permettent de désengorger l'hôpital.

Enfin les regroupements. Ce qui avance actuellement sont les GHT (groupement hospitaliers de territoires)³ qui ont pour objectif de coordonner les hôpitaux mais qui risquent de rajouter une couche administrative... La mise en place des GHT, Groupement Hospitalier de Territoire, est une mesure très structurante et ambitieuse de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Ce dispositif, d'organisation à l'échelle d'un territoire, a pour vocation de regrouper les établissements publics de santé d'un même territoire. Cette loi a pour objectif de garantir à tous un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre hôpitaux publics, privés et médico-sociaux, autour d'un projet médical partagé. Ce fut le cas en Savoie pour la gestion de la pandémie au moment des différents plans blancs (= état d'urgence sanitaire). Il y a eu une coopération public/privé pour augmenter l'offre de lits et une mise en commun des professionnels médicaux.

La situation en Rhône-Alpes

Notre région dynamique en termes d'activités économiques est encore bien dotée en accès aux soins, mais on relève une grande inégalité entre les territoires. Certains secteurs ne sont pas épargnés par les difficultés évoquées plus haut, et les petits hôpitaux sont particulièrement concernés, bien souvent contraints de fermer ou transformés en soins gériatriques.

En Conclusion

On le voit, les questions autour de l'hôpital et de la santé sont éminemment complexes. Dès lors, pour en assurer une gouvernance équitable et qui prenne en compte les besoins de toutes les parties prenantes, ne conviendrait-il pas de mettre autour de la table, personnels soignants, gestionnaires, usagers pour trouver ensemble les solutions les meilleurs possibles ? Des tentatives ont eu lieu. Par exemple les conférences régionales de santé et de l'autonomie (restant néanmoins que consultatives). La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Sommes-nous prêts individuellement et collectivement à en tirer toutes les conséquences ?

Une interrogation subsiste concernant la représentation des usagers les plus pauvres ? Car ceux qui s'engagent, bien qu'ils soient indispensables de leur point de vue de patient, ont souvent eu (voire ont encore) un statut social par ailleurs, et sont, comme les professionnels, très loin des réalités des personnes les plus pauvres.

L'observatoire social diocésain – mars 2022

³ Le GHT Savoie Belley regroupe : outre le CHMS Centre Hospitalier Métropole Savoie (Chambéry – Aix-les-Bains), Coordonnateur du GHT : le Centre Hospitalier du Bugey (Belley) + 2 Ehpad de ce territoire, le CHAM Centre Hospitalier Albertville Moûtiers + St Pierre d'Albigny, le Centre Hospitalier de Bourg St Maurice, le CHVM Centre Hospitalier de la Vallée de la Maurienne (St Jean et Modane), le CHS Centre Hospitalier Spécialisé de Bassens