

# Convergences Santé Hôpital 2007

---

Discours inaugural

*Dr François AUBART, Président de la CMH*

Poitiers, le 19 septembre 2007

Madame la Ministre, Mesdames et Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs les direct, chers collègues, chers amis,

A quoi sert un congrès ?

Un congrès est un moment à part. Il interrompt la vie professionnelle pour quelques instants. Chacun y a l'occasion de la réflexion qui, parce qu'elle est collective, donne l'indispensable élan et la légitimité visible. A quoi sert un Congrès, si ce n'est justement à se poser, échanger et proposer.

Nous étions à Strasbourg, capitale européenne, pour le premier Convergences qui a rassemblé toutes les composantes médicales et pharmaceutiques de l'hôpital ; nous sommes plus de 900 à Poitiers au Futuroscope, pour le second.

Si un Congrès est un moment, il s'inscrit également dans un espace temps plus large, dans une période. Ainsi entre ces deux congrès, nous avons eu une année politique importante. Qu'en reste-t-il ?

Les Français ont fait un choix net. Ils ont dit ce qu'ils voulaient en matière de politique. Certes, ce choix n'a pas été beaucoup éclairé sur le sujet de l'hôpital et plus généralement sur celui du système de santé. On a même pu ressentir des regrets et parfois de la frustration à la lecture des programmes, des blogs de campagne et à l'écoute des débats. Pourtant, dès le 22 mai, le Président Sarkozy a déclaré « *Je suis parfaitement conscient qu'il y a un malaise à l'hôpital* ». Alors, nouvelle politique ou effet d'annonce ?

Compte tenu de la situation économique, financière, sociale et démographique, il ne faut pas être devin pour comprendre que de toute façon nous sommes en marche vers le changement. Il ne faut pas être devin pour dire que la réforme devra être profonde et globale. L'efficacité sociale, médicale mais aussi économique du système est un enjeu de santé publique. Et cela ne doit pas constituer un clivage politique.

Dans nos actions, dans ce congrès, dans les composantes de la CMH ou du SNAM HP, ce que nous attendons pour éviter que se poursuive son délitement c'est la recombinaison de l'hôpital, non pas en le dynamisant mais en le dynamisant.

En le dynamisant, oui, par une transformation profonde dont nous n'avons pas peur d'être des acteurs et parfois des inspireurs. En le dynamisant afin que la qualité des soins pour tous cesse d'être un slogan alibi mais devienne une exigeante boussole.

Laurent Degos, Président de la HAS, a fort justement fait ce matin le constat des insuffisances en ce domaine en parlant de la discontinuité entre les diverses pièces du système et en plaidant pour, je le cite, « rendre continu ce qui est discontinu ». Nous sommes là au cœur du problème. Les manques, les insuffisances, les ruptures et les discontinuités du système entraînent des trouées dans la prise en charge des malades, des trouées d'insécurité. Nombreux sont les exemples de discontinuité.

- Le paysan du Haut Poitou ou de l'Aveyron qui saigne un matin d'un cancer jusqu'alors insoupçonné sera soigné différemment à Saint Affrique ou au CHU de Poitiers.
- L'ouvrier qui habite à 20 km de Saintes et qui est victime d'un AVC, n'arrivera peut être pas assez vite aux urgences du service adéquat selon les aléas de la permanence des soins.
- La vieille dame habitant Digne qui vit seule et ne sort plus du fait de sa cataracte ira-t-elle à Marseille dans quelques mois pour se faire opérer ?

Discontinuité dans le temps pour accéder aux soins, discontinuité dans l'espace des régions, discontinuité entre les étages des hôpitaux ! Disons le : en voilà assez !

Nous avons de très bons médecins, de très bons chirurgiens, nous avons des infirmières motivées et même de bons gestionnaires (mais si !) nous avons de très bons pharmaciens, de très bons psychiatres. Bref l'hôpital est synonyme de savoir-faire, de qualité et de compétence. Pourtant, force est de constater que cette affirmation, ce label devient de plus en plus fragile voire parfois usurpé.

Un constat grave s'impose : Il devient de plus en plus difficile de résoudre l'équation de mise à disposition pour tous des compétences professionnelles et de la sécurité indispensables dans un environnement financier contraint, avec une cartographie figée, une démographie en baisse et une pratique médicale parcellisée.

Face à ce constat, la succession de rapports souvent courageux a servi depuis plus de 10 ans à revernir quelques briques de l'édifice. Pourtant ce n'est pas dénigrer une institution qui nous rassemble, que de dire qu'elle doit effectuer une exigeante remise en cause pour pouvoir continuer à répondre à ses missions de santé publique. Non, ce n'est pas dénigrer si, dans le même temps que l'on remet en cause, on propose comme c'est notre objectif d'action syndicale commun.

Pour que soit atteint le haut niveau de performance et de savoir-faire au profit de chacun que nous appelons de nos vœux, il faut déterminer un nouveau cahier des charges pour l'hôpital.

Je vous propose aujourd'hui de le faire autour de cinq devoirs, cinq exigences, cinq clés :

**Le Devoir d'unité de la médecine.** Cela signifie que

- pour des missions qui doivent être assurées pour tous, chaque jour, à toute heure, sur tout le territoire,
- pour des actions de soins qui après les antibiotiques et les corticoïdes du XXème siècle utiliseront demain les thérapies géniques et les nanotechnologies,
- pour prendre en charge la chronicité des maladies et l'usure du vieillissement,
- pour réparer les fractures psychiques et sociales du XXIème siècle,
- 

l'unité de la médecine et de ses professionnels doit être la clé pour sortir de l'enlisement. Un exemple de cette unité nécessaire en lien avec la crise démographique : la demande de prise en charge de la maladie mentale est sans cesse plus importante. Dans ce domaine toute baisse de la densité médicale est une catastrophe. En chirurgie, au contraire, la question d'une diminution réfléchie du nombre des chirurgiens est nécessaire. L'enjeu est de rassembler les hommes, les compétences quelque soit leur mode d'exercice pour assurer la continuité et ne pas prêter le flanc à l'inflation des actes. Enfin, des solutions doivent être trouvées pour que l'installation et l'exercice des jeunes médecins s'appuient sur leur motivation mais tiennent également compte des besoins de santé publique. Ce sujet de la

liberté d'installation est passionnel mais essentiel. Alors faisons preuve d'un brin d'optimisme et avançons comme l'a fait sur ce thème le Président Sarkozy, il y a 48 h.

### **Le Devoir d'information.**

L'inégalité face à l'information, en termes d'accès aux soins, constitue un des pires exemples de dysfonctionnement. Beaucoup, dans un système où on affiche la compétence a priori, sont en fait pénalisés par rapport à ceux qui disposent non pas du GPS mais du « GPI », le « Guidage Par l'Information » indispensable pour pousser la bonne porte, dans la bonne filière, pour la bonne prise en charge. C'est en marche pour le cancer, cela marche pour l'infarctus, ça va l'être pour l'AVC. Il reste plein d'autres domaines où une organisation claire et transparente, continue, doit permettre de faire entrer le patient dans la bonne filière dès le départ.

### **Le Devoir de rassemblement des organisations et des financements.**

La création des ARS et d'une agence nationale de santé, rassemblant les pièces du puzzle est en vue. Mais ne nous leurrions pas. Entre assurance maladie et tutelle de l'état, entre corporatismes et intérêts opportuns, leur création peut constituer une simple apparence de changement ou bien marquer une date aussi importante que la création des CHU en 1958. La permanence des soins et sa réorganisation telle que la propose J Y Grall dans son rapport peut constituer une entrée concrète dans cette démarche.

Cela signifie que l'hôpital et la médecine de ville ne peuvent continuer de fonctionner en parallèle. Les nécessaires adaptations de l'exercice de chacun imposent un mode de rémunération communs quel que soit le mode d'exercice. Là, il nous faut vraiment innover voire déranger.

Et puis, il faut évoquer le sujet du financement des hôpitaux et les annonces qui viennent d'être faites. Je ne souhaite pas polémiquer pour savoir si c'est le moment ou non de passer à 100% de T2A à l'hôpital. Par contre, je souhaite adresser au nom de la communauté hospitalière une solennelle alerte.

En rétrécissant sur quelques semaines le calendrier de la T2A, en annonçant une progression budgétaire identique entre la ville et l'hôpital alors que l'indispensable changement à l'hôpital s'étale sur plusieurs années, on met la communauté hospitalière dans une position schizophrénique et le risque d'insécurité devient réel. Nous demandons que les décisions soient équitables, transparentes et respectueuses des missions de l'hôpital. Nous n'accepterions pas que l'hôpital devienne la variable d'ajustement de l'ONDAM avant même que la mission de Gérard Larcher n'ait rendu son travail.

### **Le Devoir de compétence**

La compétence des professionnels de santé et en particulier des médecins est acquise au terme de longues et sélectives études initiales. Mais, tout comme les puces de nos ordinateurs deviennent obsolètes tous les 24 mois, nos compétences doivent sans cesse être réinitialisées. Soyons concret : Est il normal qu'un jeune chef de clinique obtienne sur le seul argument de sa formation initiale un droit de tirage illimité dans sa carrière libérale ou publique. Est il normal, sur des sujets aussi important que la FMC, l'EPP et l'accréditation, qu'on aboutisse à un tel maquis ? Le devoir de compétence c'est affirmer que les médecins et les pharmaciens au terme de leur formation initiale doivent être certifiés mais surtout que cette certification doit ensuite être renouvelée par un système simple et régulier.

### **Le devoir de moderniser l'action syndicale.**

Mettre en avant les clés que je viens d'évoquer signifie que notre légitimité syndicale est fondée sur une action collective de promotion de la médecine hospitalière au profit des malades. La création du CNG que nous avons soutenu et dont nous saluons ici sa Directrice

générale, Danielle Toupillier, est une étape exemplaire de cette modernisation. Nous n'en sommes que plus exigeants, madame la Ministre,

- pour attendre de votre part une réforme de nos retraites,
- pour assouplir les modalités d'une réduction du temps de travail qui a conduit à reporter sur le crédit du CET un engagement ressemblant à celui des emprunts russes,
- pour financer l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital,
- pour élargir, comme cela a été signé, à toutes les spécialités et à tous les statuts cette part variable du revenu qui témoigne de façon moderne des engagements d'activité et de qualité,
- pour redonner de la crédibilité à cette prime d'exercice sectorielle et de liaison décapitée par une rédaction bureaucratique,
- pour publier tous les textes réglementaires nécessaires à l'intégration de la pharmacie dans le CHU.

L'hôpital n'est pas la somme de statuts catégoriels mêmes si ces statuts assurent l'indispensable équilibre des droits et des devoirs. Nos statuts doivent évoluer pour réduire les hiatus entre les exercices, les organisations et les catégories. Nos statuts doivent être attractifs, ils doivent assurer l'indépendance de l'exercice médical dans un environnement gestionnaire nouveau mais ils ne doivent pas faire obstacle à nos responsabilités nouvelles l'adaptation.

Partageons nos idées, enrichissons nous de nos différences, restons fidèles aux valeurs qui fondent notre charte sans avoir peur de changer, c'est à cet exercice à cette fabrique de l'action syndicale que je vous convie.