

VU DE LA SALLE

Table ronde entre Monsieur le Président de la République et les professionnels de santé

Nancy 12 mai 2009

Modérateur : Monsieur Claude EVIN

Monsieur Claude EVIN

Introduction du propos de la table ronde dans un contexte perçu comme difficile par tous les acteurs et décideurs.

Parole aux membres de la table ronde.

Docteur BRAUN (Urgentiste Verdun, secrétaire général SAMU de France)

- une accord : l'organisation territoriale dont les SAMU sont de fervents défenseurs.
- une inquiétude : quelle place pour la praticiens dans la nouvelle loi ?
- un regret : pas de reconnaissance de la pénibilité en particulier pour tous les secteurs se consacrant à l'urgence.

Mr Le Président :

Remerciements sur l'organisation de cette table ronde qui doit faciliter le dialogue.

(insistance sur la présence de Cl Evin)

L'hôpital hospice où tout le monde est reçu et fait tout ne permet pas une recherche, un enseignement, une excellence due au patient

Le CHU et le CH sont les lieux de crise aiguë où les professionnels traitent les situations les plus difficiles.

Les questions portent sur

- l'amont : l'entrée à l'hôpital ne peut passer constamment par les urgences, au détriment du programmé ; il faut développer la permanence des soins, les maisons de santé, la prévention ;
- l'aval : il faut développer l'ambulatoire, les établissements pour personnes âgées ou dépendantes ;
- éviter tous les blocages existant tant en amont qu'en aval.

L'argent : 70 MM d'euro pour l'hôpital cette année

En 10 ans : augmentation de 23 MM = 50 % d'augmentation.

Les sommes programmées sont encore très importantes : + 2 MM en 2009 (+3,1%) et 10 MM à l'échéance "hôpital 2012".

L'organisation hospitalière nécessite donc un responsable qui gère et rend compte : c'est le directeur.

A ses côtés, un responsable des soins.

Le médecin organise le projet médical à travers la CME dont le président est vice président du directoire hospitalier.

Il faut arrêter les pouvoirs éclatés et favoriser les communautés territoriales, la télémédecine, les réseaux.

Il est alors normal que le président de la CME propose et que le directeur nomme.

La réflexion sur la place des praticiens est en cours de définition.

La pénibilité est reconnue dans vos professions physiquement dures mais intellectuellement passionnantes.

Mais il est hors de question de rouvrir le dossier actuellement sous peine d'y voir s'engouffrer toutes les professions ayant cette revendication. C'est un débat global qui sera traité en temps utile et qui n'est pas clos.

Mr VIGOUROUX (DG, CHU Nancy)

Le directeur est aidé par le médecin.

Le directoire doit rester paritaire

L'éthique est celle du service public

Dans ces conditions existe-t-il un décideur à l'hôpital ?

Mr Le Président :

C'est la place du directeur, sa qualité est fondamentale.

Le recrutement doit être ouvert y compris à des médecins.

Le directeur sera jugé sur son action par l'ARS.

Le directeur est un animateur.

La loi sera évaluée régulièrement et adaptée selon l'évolution nécessaire ("nous sommes dans une société moderne où l'on avance par changement permanent et non dans une société primitive où les changements sont brutaux").

Madame MACHIN (Aide Soignante Personnes âgées – Toul)

Les personnes âgées entrent de plus en plus tard en institution avec des infirmités somatiques et psychiques qui accroissent la charge, la douleur des soignants.

Les aides-soignantes y prennent une part très active.

Quels sont les engagements par rapport à cela en ressources humaines et matérielles ?

Mr Le Président :

La gériatrie est la question de santé publique à venir.

Les spécialités gériatriques doivent être mieux considérées, il existe trop de différence entre les lits dits "actifs" et ceux de "moyen séjour".

La maladie d'Alzheimer est une préoccupation majeure : on n'en connaît rien, l'âge est parfois très précoce.

Un plan dédié est ouvert.

Dans ces conditions il faut accepter des réorientations hospitalières et des

établissements "aigus" devront mieux prendre en compte ce facteur.

Simultanément se pose le problème de l'insuffisance des services se consacrant aux soins palliatifs.

Le 5^{ème} risque est un chantier majeur.

Tout le sujet de la dépendance sera ouvert en 2010 : moyens et financements;

Mme TUTIN (directrice IFSI – Neufchâteau)

Quel est le rôle du professionnel paramédical à travers les développements des compétences acquises de santé publique et d'exercice en tous lieux ?

Mr Le Président :

La problématique passe par l'université et une promesse de campagne allait en ce sens.

Actuellement la France dispose de 450 000 infirmières, elle doit en avoir 700 000, il n'y a pas de risque de chômage dans cette profession !

Le cadre LMD favorise le statut et les rémunérations.

Une rétroaction sera négociée à partir du 2 juin pour les personnes déjà en exercice.

L'exemple des sages-femmes (*flottement dans la salle, s'agissant des infirmières dans cette partie du débat*) qui font leur première année en fac de médecine est un exemple d'intégration universitaire et vont bénéficier d'un amendement particulier.

Le projet de loi a une réponse à chaque situation.

Mme HENNEQUIN (cadre sage-femme – Lunéville)

La filière de formation et professionnelle des sages-femmes s'investit particulièrement dans la prise en charge des couples mais aussi dans la prévention et souhaiterait plus d'implication dans la recherche.

Quel est l'avenir des structures qui participent à de vrais débats de prévention et de société (ex prévention sociale, projets parentaux, rupture familiale) alors qu'aucune valorisation financière n'est à la clé pour ces actions et par voie de conséquence l'attractivité en diminue y compris pour les médecins ? ("*la prévention de la délinquance commence à la maternité*", *applaudissements de la salle*)

Mr Le Président :

Aucun budget n'est parfait.

Le choix actuel est la T2A.

Qu'attendre de l'hôpital ?

Qu'il soigne, qu'il fasse du social ou les deux ?

Le vrai problème est celui de la sécurité sanitaire, si le nombre d'actes est insuffisant il y a danger pour les patients. C'est le "goodwill" des anglo-saxons.

Mme Bachelot précise que la proximité persiste pour le social.

Mr Le Président :

Tout hôpital ne peut tout avoir mais le concept de centre de périnatalité de proximité est une alternative au partage des compétences.

La recherche et l'université sont le cœur de la recherche française.

Jusque là, aucune liberté ne lui était laissée et les meilleurs partaient vers les grandes écoles ou les universités étrangères les plus cotées.

La présence de Mme Béresse à cette journée est un signal fort

Les hôpitaux universitaires doivent rester consacrés à la recherche, l'enseignement et les soins dans le cadre de l'université (d'où la place du doyen de la faculté dans le directoire du CHU via sa place au sein de la CME).

Dr KALIFE KALIFE (cardiologue – CHR Metz)

Les médecins ne sont qu'une des 80 professions présentes à l'hôpital mais quelles actions sont envisagées pour les maintenir dans le secteur public devant les effets du numerus clausus, les propositions du secteur privé, au risque de ne plus pouvoir assumer la permanence des soins ?

Mr Le Président :

La réponse est difficile. Il n'y a jamais eu autant de médecins (200 000) et en même temps autant de problèmes d'équilibration entre les territoires et les structures privées et publiques.

Il existe des inégalités scandaleuses territorialement et au sein des spécialités La pénibilité n'a rien de comparable selon les spécialités (dont l'obstétrique et l'anesthésie).

Si le système ne se régule pas lui-même, des "incitations" seront faites.

Les différences actuelles ne peuvent perdurer et l'enlisement dans des spécialités illusoires est à proscrire.

C'est l'objet de la contractualisation qui vaudra aussi pour l'organisation des gardes.

La gestion des établissements privés par rapport aux hôpitaux relève d'une logique d'économie de marché.

Mais l'hôpital public, tout en ne répondant pas exactement à cette option, doit profiter des avancées managériales introduites par le secteur privé. Ceci permet, de fait, d'augmenter la marge de manœuvre et de dégager un intéressement et améliorer le statut des personnels.

Une autre voie concerne le bouclier fiscal dont un des objectifs est de permettre une rémunération conséquente tout en limitant les obligations financières.

Sinon on tombe dans des excès dont les remplaçants sont un exemple caricatural.

Mme Bachelot précise que l'épuisement actuel des professionnels est en partie lié aux doubles tâches.

Il est donc indispensable de recentrer les professionnels sur leur activité première en limitant tout le versant administratif autant que possible (ex les réunions inutiles ou redondantes). Profiter de l'organisation polaire, clarifier des délégations et favoriser l'investissement personnel de ceux qui souhaitent directement s'y consacrer (voir les propositions des nouveaux statuts qui peuvent même être valorisés financièrement). Ceci améliore la marge de manœuvre et peut permettre une augmentation de revenus. Mais attention, la France a l'organisation hospitalière la plus chère du monde et doit mieux la gérer.

Monsieur EVIN

Le malade reste la préoccupation majeure, où qu'il se trouve, même si des aménagements parfaitement concevables doivent être réalisés.

Mr le Président :

Tous les acteurs doivent comprendre que les pouvoirs publics s'investissent, croient en eux, Ils doivent leur faire confiance.

L'immobilisme est impossible.

La loi est un acte de confiance dans l'hôpital, un contrat de confiance pour avancer, c'est une marque de considération vis-à-vis de la communauté hospitalière.

Le Président s'engage et marque sa conviction et sa confiance pour l'hôpital, c'est une chance de voir quelle mobilisation cela entraîne.

Compte rendu personnel
Hubert TONNELIER
Le 16 mai 2009