

L'hôpital au XXI^e siècle

Colloque national du 7 au 8 décembre 1999

à la Maison de l'UNESCO

par Guy PALLARDY *

Organisé par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) à propos de son cent-cinquantième, il s'ouvre sur l'accueil de Messieurs Koïchiro Matsuura, Directeur général de l'Unesco, Jean Tiberi, Maire de Paris et président du conseil d'administration de l'AP-HP et Jacques Chirac, Président de la République qui évoque les problèmes hospitaliers et les réformes souhaitables des études médicales

Le colloque comprend : table ronde du mardi matin, déroulement simultané de trois ateliers mardi après-midi et mercredi matin, séance de clôture mercredi après-midi, dans laquelle M. Durrleman, Directeur général de l'AP-HP, fait part de ses déductions ; Madame Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité, s'est fait représenter.

Les orateurs proviennent d'horizons variés : responsables de Ministères et de la Sécurité sociale, directeurs d'hôpitaux, représentants de la Fédération hospitalière, du personnel soignant et de diverses associations, membres du Conseil de l'Ordre, médecins hospitaliers et libéraux, élus régionaux ou nationaux, philosophes, écrivains et journalistes. Invité en qualité de Président de la S.F.H.M. bien qu'il ne s'agisse pas d'histoire de la médecine, je vais essayer de dégager quelques tendances générales car nous sommes tous concernés par l'avenir de la médecine.

Les bouleversements promis par le XXI^e siècle constituent autant de défis à relever, et les solutions préconisées apparaissent encore divergentes.

Le premier défi sera une nouvelle organisation du système de santé, nécessitant un consensus de tous les acteurs : en particulier les progrès de la médecine entraînent un vieillissement de la population auquel il faut s'adapter, y compris pour l'hospitalisation à domicile. Une capillarité suffisante entre l'hôpital et le cabinet de ville reste à concevoir pour un fonctionnement harmonieux. Les réseaux de soins, avec globalisation de l'approche sociale et thérapeutique autour d'un interlocuteur soignant unique, pourront prendre en charge le patient en amont et en aval de l'hospitalisation. Mais ils exigeront de repenser le financement et des moyens de sauvegarder la confidentialité des informations partagées entre plusieurs acteurs.

Pour la carte hospitalière, il faudra bien trouver un équilibre entre hôpitaux de proximité et centres hospitaliers suffisamment pourvus en personnel avec un solide plateau

* 152 boulevard de Masséna, 75013 Paris

technique, imagerie médicale comprise. Encore sera-t-il difficile de convaincre les participants : la patiente qui refuse son transfert à 25 km pour accoucher alors qu'elle parcourt cette distance pour ses courses au supermarché ; le personnel pour qui le nouveau site est une transplantation culturelle ; les habitants qui perçoivent la suppression du petit hôpital comme une désertion.

Second défi, l'exigence accrue du juriste comme du citoyen pour l'information du patient et son consentement éclairé, quel que soit le mode d'exercice médical, hospitalier ou privé. Dans les hôpitaux par exemple, de nombreux contentieux portent sur le défaut d'informations et un petit nombre sur la qualité des soins ou une éventuelle faute médicale. Les groupements de malades se révèlent bien utiles pour que l'information passe mieux entre médecins et patients. Sera-t-il raisonnable d'aller jusqu'au contrat écrit ? A la limite, la recherche systématique de l'indemnisation, donc de la faute, va décourager toute initiative et faire choisir la décision exempte de risques. A l'extrême, on peut même voir se tarir les vocations médicales.

Le troisième défi verra le principe de justification devenu la règle entrer en conflit avec les immenses possibilités génétiques et robotiques qui s'ouvrent à la médecine. La télémedecine, posera les difficiles problèmes de la confidentialité. Car il faudra tout concilier avec les exigences justifiées du patient qui réclame toujours un dialogue singulier : "comprenez-moi, moi qui vous rencontre". Sans cet entretien et sans le secret médical, il n'y a plus de confiance possible, ni de soins adaptés.

Le quatrième défi concerne la conception générale du système social qui devient totalement inadapté pour la prise en charge du malade : actuellement l'allocation budgétaire des hôpitaux, comme la rémunération du médecin privé, tiennent compte des actes techniques, mais pas du temps passé au dialogue ou à l'écoute du malade. Les moyens consacrés à la prévention et à l'éducation sanitaire qui exigent du temps restent insuffisants. A l'avenir, il faudra payer la qualité et non la quantité

L'hôpital, autrefois plateau technique hypertrophique et silencieux, doit s'ouvrir à la ville et "sortir de ses murs". Pour sa communication intérieure, il faudra dégager du temps de personnel soignant puisque c'est là qu'elle peut se faire avec le malade et sa famille ; or la tendance accrue à réduire la durée d'hospitalisation s'y oppose.

Même si ces dernières années son image s'est ternie, l'hôpital reste investi de sa mission de service public qui l'honore : dernier recours lorsque tout est saturé, il doit faire face. Il est en outre le lieu irremplaçable de l'enseignement professionnel et de la formation des praticiens. Ses risques de dérives sont connus : utilisation immodérée des moyens d'investigation par facilité, mais aussi sous la pression du malade et de son entourage. Le dépassement thérapeutique est un problème facile à résoudre en réunion publique, mais bien différent au chevet du malade. La tendance à l'hospitalo-centrisme que l'on reproche aux hospitaliers devrait s'estomper.

En conclusion, mon compte-rendu est trop court pour être un reflet fidèle de tous les exposés, mais je vous livre les interrogations un peu pessimistes qu'il me suggère : Que restera-t-il des grandes idées exprimées quand viendra la discussion du budget et les contraintes financières ? Le citoyen qui paie ses impôts et ses charges sociales est-il prêt à dépenser plus et combien ? Les réponses sont entre les mains des électeurs.