



L'HÔPITAL
JEAN DE KERVASDOUÉ
VU DU LIT

Seuil

L'HOPITAL

VU DU LIT

JEAN DE KERVASDOUÉ

**L'HOPITAL VU
DU LIT**

EDITIONS DU SEUIL

CE LIVRE EST EDITE PAR STEPHANE LEROY

ISBN 2-02-067846-2

©EDITIONS DU SEUIL, OCTOBRE 2004

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

www.seuil.com

1

La nuit des autres

Depuis plusieurs mois je rêvais de patins à roulettes. Peu de sports sont urbains. Le passage des patineurs croisés dans la ville, semblant flotter sur le macadam, m'avait redonné envie. J'aime le sport et déteste l'exercice, courir ou nager m'ennuient. Une balle, un ballon ovale ou rond, des planches de ski, un bateau à voile ou à rames, un jeu, n'importe lequel, et je retrouve mes 12 ans.

Pendant quelques années de mon enfance, je me suis déplacé presque exclusivement en patins à roulettes. Afin de m'adonner à cette passion, j'étais toujours volontaire pour aller chercher le lait frais. Ma famille habitait Lannion, petite ville de ce département du nord de la Bretagne qui s'appelait encore les Côtes du Nord. Dans les années 1950, ses rues pavées de granit furent progressivement gagnées par le bitume noir et lisse, transformant ainsi son centre ville moyenâgeux et ses rues en pentes en rêve des patineurs et frayeur des piétons que nous aimions frôler.

Quelques décennies plus tard, je n'avais pas totalement oublié les réflexes de ce sport roulant, comme me le rappelaient mes incursions répétées dans les boutiques, juste pour voir et admirer les progrès technologiques : des roulements (presque) sans frottements, des patins fixés à la chaussure comme un arc de pont, une glissade silencieuse et douce. Quelques essais dans le magasin me montrèrent que je savais encore m'arrêter et tourner. Cela me donna confiance. Le « roller », également testé, me semblait animé d'un mouvement quasi autonome, indépendant de toute volonté de celui qui tentait de le dominer. J'abandonnais cette dernière trouvaille en dépit de son esthétique et limitais mes ambitions à ce que je croyais encore connaître.

Début septembre 2003, je passai à l'acte et m'achetai une belle paire de patins, bien roulante, et toutes les protections (mains, coudes, genoux) qui vont avec, une véritable publicité ambulante pour du matériel chinois, je crois. Le dimanche suivant, je me lançai. A peine un quart d'heure après un départ prudent, un peu inquiet de ma gaucherie que je croyais

L'HOPITAL VU DU LIT

passagère, je tombai sur ma hanche gauche en tentant de m'arrêter sur un trottoir à double dévers.

Je sentis aussitôt que quelque chose de grave s'était passé car je ne pouvais plus bouger la jambe maintenant allongée sur le trottoir. Une passante s'arrête, s'inquiète de mon état, me recommande de ne plus bouger, tandis que je joins ma femme par portable. La compétente et chaleureuse compagnie de la bonne Samaritaine qui se trouve aussi être infirmière me rassure. Je commence à avoir mal. Mon épouse arrive vite, puis les pompiers de Paris, très militaires. Les premiers ne sont que trois et font tout de suite savoir qu'il n'est pas possible de me transporter car, pour cela, ils doivent être au moins quatre ! L'appel téléphonique était pourtant précis, il ne s'agissait ni d'une baignoire qui déborde, ni d'un chat égaré sur une gouttière. Le chef semble chercher des ordres et se décide à appeler le SAMU. En fait, venant d'une autre caserne, arrive un véhicule « médicalisé » des pompiers avec un brancard « coque » disponible. L'avis d'un autre chef, médecin cette fois-ci, me semble interminable à obtenir : il s'agit de savoir si je dois être soulagé de ma douleur ou être immédiatement transféré, avec ou sans coque. Ils hésitent entre Saint-Antoine, l'hôpital du secteur d'une des deux voitures, Tenon le secteur de l'autre voiture ou l'établissement où je souhaite aller. Ma femme me soutient la tête et je tente de trouver une position pour soulager ma jambe de plus en plus douloureuse. Puis un pompier - infirmier, médecin ou étudiant en médecine - je n'ai pu le distinguer, tente de me soulager en m'injectant un analgésique. Il pique, mais je ne suis en rien soulagé : ma veine est semble-t-il introuvable, pas de chance. Ses collègues l'encouragent de la voix et du geste : « Vas-y, remets-lui un garrot, là, il y a une autre veine... ». J'ai l'impression de me retrouver dans une classe primaire où l'on apprend aux enfants à monter à la corde lisse. Quand les moins habiles peinent, les autres l'encouragent : « Vas-y, te dégonfle pas, tu peux y arriver... », et le gamin transpirant ne décolle toujours pas les pieds du sol. Cet apprenti de l'intraveineuse, heureusement peu sûr de lui, se ravise quand le cobaye montre un sens limité de l'humour pour son absence

LA NUIT DES AUTRES

de veine apparente, tout au moins ce jour là. Conciliabule, masque à oxygène qui vient de la première voiture, j'apprends que ma demande de transfert vers l'hôpital où je souhaite me rendre, connu notamment pour la qualité de son service d'orthopédie, est acceptée. De ce que je peux entendre du dialogue entre les pompiers, cet accord n'est pas le signe du triomphe du libre choix chez d'un consommateur souverain, mais provient du fait que l'hôpital de référence de chacune des deux voitures étant différent, il était acceptable pour l'une et l'autre d'en choisir un troisième.

Je souffre toujours autant, j'ai des fourmis dans le coude, je peine à conserver ma conscience et mon calme, j'attends depuis quarante cinq minutes. Un autre pompier s'accroupit à trente centimètres de mon visage et m'annonce avec force détails, sur le ton qui devrait convenir à la lecture d'une condamnation à mort, que l'on va m'administrer un gaz hilarant, que cela pourrait me faire rire (je pense au sketch de Coluche : « et vous trouvez ça drôle »), que je pourrais avoir des réactions « bizarres » (il ne me fut pas précisé en quoi elles auraient pu l'être), cinq bonnes minutes de « précaution » alors que je n'espère qu'un soulagement. Je ne rirai pas, j'aurai moins mal après quelques instants d'administration de ce gaz, dans l'attente d'une hilarité potentielle, mais ce soulagement relatif était peut être dû au brancard « coque » dont je bénéficiais enfin et qui m'enveloppait bien la hanche. Après l'arrivée de la seconde voiture les pompiers étaient en effet passés de trois à huit. Au commandement du chef des chefs, le médecin en l'occurrence, il fut facile à ces huit gaillards de m'enjamber, de « faire un pont », et de glisser dessous ce brancard qui permettait de me contenir. Une heure après j'abandonne la position mi-allongée, mi-soutenue par l'avant bras, de ce fait crispé par la douleur. Le brancard se gonfle, on me porte puis me glisse dans le camion médicalisé qui est équipé de rails prévus à cet effet ; les bruits me rappellent ceux produits quand on enserme un cadavre dans un des tiroirs frigorifiques de la morgue, claustrophobie mineure mais très consciente. J'attends. Les pompiers, sur fond des bruits de la rue et des curieux qui s'informent, font entre eux échanges d'amabilité, de papiers et de masque à oxygène. Ils semblent

L'HOPITAL VU DU LIT

vouloir aussi profiter de la douceur de ce bel après-midi d'été. Un pompier d'une caserne demande à un chef de l'autre s'il n'est pas apparenté à un autre chef du même nom qu'il a connu à un autre poste... Il ne s'agit que d'une homonymie, déception du moins gradé qui semblait vouloir poursuivre la conversation. On se salue enfin, les portes claquent, le camion s'ébranle doucement, je ressens chaque changement de rythme, chaque dénivelé, je vois défiler les arbres des avenues et le génie de la Bastille, les bateaux du port de Paris, le métro aérien... le camion arrive aux urgences de l'hôpital. Livraison par les pompiers, transfert de responsabilité, papiers, changement d'équipe et de brancard, nouveau monde.

Les faux plafonds des couloirs suintent, la lumière est blafarde, une foule s'empresse. Les patients, les familles et les différentes corporations hospitalières se distinguent par leur uniforme et le teint de leur visage. Pendant que ma femme s'occupe des formalités administratives, je suis rapidement pris en charge par un médecin : pouls, température, tension, prise de sang, prescription d'un analgésique, prescription de radiographies ; mais aussi musique reggae sur la bande F.M., souffrance et ambiance antillaise, deux mondes se côtoient. L'examen clinique indique un enfoncement du bassin.

Le brancard est sorti du cabinet médical, j'attends que des brancardiers se libèrent pour me conduire à la radio et tente de reconstituer la géographie des lieux. Il me semble être revenu dans le large couloir intérieur par lequel j'étais arrivé : quelques bancs, des personnes qui attendent. Qui ? Quoi ? Un membre de leur famille, un document, une consultation ? Des gardes déambulent lentement, triste nouveauté - il y a vingt ans, les urgences n'étaient pas surveillées. J'aperçois quelques compagnons d'infortune sur des brancards dans le couloir, et en devine d'autres dont les pieds sortent de boxes spartiates, certains ouverts, d'autres fermés par un rideau gris à la propreté incertaine. On y chuchote. J'ai mal et froid, j'attends immobile. La douleur m'enferme. Quelle heure est-il ? Mon brancard bouge, un Antillais chaleureux me conduit vers la salle d'attente du service d'imagerie. Il trouve les mots et l'attitude pour me

LA NUIT DES AUTRES

faire croire quelques instants que tout ceci est bien banal. Magie du charme ! Je croise le regard d'autres personnes accueillies aux urgences, à l'évidence elles souffrent. Pourquoi sont-elles debout ? Mon brancard est parké en salle d'attente de la radio.

Une belle et jeune manipulatrice, aidée d'un brancardier me fait entrer et m'explique qu'il va falloir me transférer du brancard à la table de l'appareil. J'examine cette table, elle est lisse, froide et plate - si plate - alors que je me sens rigide, fragile et tordu comme un verre de Venise ! Je ne comprends pas immédiatement qu'elle semble attendre que je me transfère sans aide. J'en suis totalement incapable. Quelques efforts aux résultats minuscules démontrent ma réelle incapacité. Je demande s'il n'existerait pas dans le service une « machine de transfert », appareil banal qui ressemble à une potence sur roulettes et qui permet de porter un malade d'un brancard ou d'un siège sur un lit, lui évite des désagréments et réduit, chez le personnel hospitalier, de trop fréquentes lombalgies. J'ai l'impression d'avoir prononcé une incongruité, peut-être parce que cette machine a été demandée à vingt reprises par l'équipe et n'a pas été Satisfaite - le bon bordereau devait manquer ou tout autre prétexte efficace des grandes bureaucraties. En attendant, toujours est-il qu'il va falloir que je passe d'ici à là : l'Everest.

On va chercher du renfort. Un premier volontaire ne suffit pas, nouvel appel pour la corvée, un second arrive, monte sur la table d'à côté, recule, tombe dans le vide, fait le grand écart, heureusement ne s'accroche pas à mon drap, se relève en jurant ; émotions, pas trop de mal. Chacun reprend ses esprits et tous tentent à nouveau de soulever et de faire glisser le drap dans lequel je suis enveloppé pour passer du brancard à la table. Cette manipulation m'évoque celle réalisée par les fromagers de gruyère pour transvaser le lait caillé de la grande bassine de première fermentation dans un moule. J'ai redouté le pire. Il existe.

"Allongez-vous. Inspirez, ne respirez plus. Tournez-vous, écartez les jambes, écartez vraiment les jambes ! La radio du

L'HOPITAL VU DU LIT

thorax est trop blanche, on recommence. Tiens la suivante aussi (trois fois). Attendez, je les développe."

Nouveau transfert, sans grand écart, vers le brancard. Je m'inquiète du résultat de ces efforts collectifs, en demandant si le diagnostic clinique de l'enfoncement du bassin est bien confirmé. Aucune réponse, j'insiste. «Le médecin vous le dira », me précise pincée la manipulatrice bien nommée. Aucune information n'est transmise au patient par le personnel paramédical. La règle ne souffre pas d'exception. Les radios dans leur enveloppe brune sont sur mes pieds, mais je n'ai pas la force de les regarder.

Nous parcourons en sens inverse le dédale des couloirs et de leurs portes coupe-feu toujours ouvertes, et croisons la même foule. Le brancard est remisé dans un des boxes du grand hall des urgences. Ma femme m'accueille avec un tendre sourire et m'apprend que le chef de service a été prévenu, ce qui est une faveur. J'aurai une chambre ce soir à l'hôpital et un chirurgien passera me voir. J'ai de la chance, je ne serai pas transféré même si ma carte VITALE est « déchargée ». Curieux pays où l'on vérifie des droits d'affiliation à l'assurance maladie dont jouissent tous les Français - depuis le 1^{er} janvier 2000, tous les résidents légaux du territoire sont de droit affiliés ! Heureux pays où la carte contrôlée est seulement administrative et pas « de crédit » comme aux Etats-Unis!

La surveillante, puis l'administratrice de garde, viennent prendre de mes nouvelles, leur chaleur formelle me rassure et me touche. Il est vrai que je suis, même abîmé, *persona grata*. S'il y a plus de quinze ans que je ne suis plus le directeur des hôpitaux au ministère de la Santé, la plus haute fonction administrative de ce secteur, je continue par mes enseignements, mes travaux de recherche, mes publications à être une personnalité aujourd'hui sans aucun pouvoir, mais peut-être pas toujours sans influence. Beaucoup de médecins et de directeurs d'hôpitaux me connaissent. Nous avons cheminé, débattu et vieilli ensemble. Certains des meneurs des grèves de 1983 sont devenus des amis. Nous partageons une exigence pour l'hôpital

LA NUIT DES AUTRES

public. Il est arrivé qu'elle s'exprime différemment, son existence nous a rapprochés.

Je retrace le couloir et le médecin qui m'a accueilli, en me montrant les radios, confirme son diagnostic : le bassin a bien été enfoncé et il y a plusieurs fractures du cotyle¹. La tête du fémur a traversé le bassin et causé plusieurs éclatements. Il me laisse entendre que c'est sérieux et que ce sera long, plusieurs mois, sans autre précision : « Vous verrez le chirurgien ».

Les clichés ont été interprétés, non pas par un radiologue comme c'est en principe la règle, mais par le médecin de garde. Heureusement! Il eût fallu attendre plusieurs heures un compte-rendu de ce spécialiste, voire peut être la nuit. En urgence, moins de 10% des clichés radiologiques se font selon les règles. Elles perdurent cependant: « précaution », « prudence », vraisemblablement, mais de qui? Les hospitaliers n'ont pas toujours perdu le sens du malade, pour lui, ils enfreignent des règles. Plus qu'ailleurs, le temps compte aux urgences. Certains directeurs, sciemment, ne respectent pas le code des marchés publics² car la longueur de la procédure peut nuire à une équipe qui ne dispose plus des équipements nécessaires pour certains malades.

¹ Le cotyle constitue la paroi du bassin dans laquelle vient s'encasturer le fémur.

² Pour les produits courants, il est facile de se réapprovisionner même en cas de rupture de stock. En revanche, quand il s'avère nécessaire de remplacer un appareil médical, même la procédure la plus simple suppose que l'on consulte plusieurs fournisseurs, qu'on leur laisse un délai, que l'on recueille les offres, que la commission des marchés les examine, que la procédure ne soit pas déclarée infructueuse, que... plusieurs mois s'écoulent ainsi sans que le produit soit remplacé. Remarquons que ces procédures coûtent cher du fait de leur lourdeur, des délais et des conditions de paiement. Les hôpitaux payent tardivement! Ces procédures d'achat ne perdurent que parce que l'administration des Finances estime que toutes les autres branches de l'État sont gérées par des prévaricateurs en puissance, à moins qu'il ne faille trouver un moyen de continuer à employer les fonctionnaires du Trésor car les techniques de contrôle dans les grandes entreprises privées existent aussi, requièrent moins de personnel et sont autrement plus efficaces.

L'HOPITAL VU DU LIT

Je pense à la rentrée universitaire, mes projets, voyages et conférences des jours et semaines à venir. Tout était prêt. Moi qui ne puis pas supporter d'être à un rendez-vous avec quelques minutes de retard et ne puis annuler un engagement - même si, quand le jour vient, il m'arrive d'être furieux et de pester en me demandant comment j'ai bien pu accepter- je vais devoir tout annuler. Pendant quelques semaines, je ne vivrai pas dans le temps des autres et devrai attendre, la chose qui m'est la moins naturelle !

L'autre nouvelle est que les radios sont mauvaises. Il va falloir recommencer. Tout à l'heure en revenant de la première série, je ne me croyais pas capable de trouver la capacité de revivre ces moments douloureusement acrobatiques. Mais le cerveau est curieux : une douleur connue, même aiguë, devient en quelque sorte acceptable, tout au moins plus que sa découverte progressive, surtout quand la cause de cette dernière paraît évitable et qu'à la douleur s'ajoute la colère.

L'hôpital est synonyme d'angoisse et de souffrance, les hospitaliers le savent, c'est leur affaire, de mieux en mieux prise en charge d'ailleurs. Le temps n'est plus où la douleur était supposée être le signal indispensable pour guider le médecin et où la rédemption par la souffrance était de beaucoup, sinon acceptée, du moins comprise. Les connaissances nouvelles en physiologie de la douleur montrent que celle-ci s'auto-entretient la douleur, il convient donc de la combattre. On peut cliniquement (presque) toujours l'éliminer avec du temps et une attention adaptée à la situation de chaque malade. Tenues le plus souvent par des anesthésistes, les consultations anti-douleurs se généralisent. Les pompes à morphine sont proposées aux hospitalisés. Ils gèrent ainsi eux-mêmes une souffrance dont ils demeurent le seul juge.

La première fois que l'on m'a demandé d'évaluer ma souffrance sur une échelle de 1 (souffrance légère) à 10 (souffrance extrême), je fus dérouté car si je connaissais la souffrance légère, j'avais eu la chance de ne pas connaître, ou d'oublier, l'autre borne: celle de la souffrance extrême. J'avais à ce moment-là très mal, mais craignais de donner une réponse

LA NUIT DES AUTRES

peu rigoureuse avant de réaliser que, s'il s'agissait d'une bonne intention que de s'enquérir de ma douleur, elle s'accompagnait d'une double fausse rigueur. D'une part, l'échelle n'est pas comparable selon les personnes et, d'autre part, il en est de la souffrance comme d'autres malheurs : quand on croit avoir touché le fond, il arrive que l'on découvre que ce fond dispose d'une trappe et que l'on continue de s'enfoncer. Le traitement de la douleur est de la haute couture clinique, pas du prêt-à-porter. En pratique, les tailleurs ne sont pas assez nombreux et certains pas assez formés, le traitement tient donc plus de la série. L'échelle de 1 à 10 permet à l'infirmière ou au médecin de prendre une décision sans autre dialogue que la réponse à une question par un chiffre. Le malade apprend vite ce qu'il convient de répondre s'il souhaite ou non de la morphine, mais on ne lui laisse pas l'occasion d'expliquer, par exemple, que la douleur s'est déplacée de la hanche au genou, puis du genou au dos et que, ce faisant, elle a changé de nature. Le malade souffre toujours même s'il souffre moins ou, plus exactement, même s'il ne souffre plus toute la journée.

Plusieurs mois après, je souffre par intermittence, sans vraiment comprendre pourquoi. Aux questions que je pose, on me répond : « parce que vous avez une fracture » ou « parce que vous avez été opéré ». Certes, mais qu'est-ce qui fait que quatre mois après l'opération, j'ai toujours mal ? « Parce que les choses mettent du temps à se remettre en place ». Molière reste toujours d'actualité en ce XXI^e siècle. Il ne s'agit plus de la « vertu dormitive » des potions qui provoquent le sommeil, mais de la vertu douloureuse des opérations qui font mal. En l'absence de connaissance appropriée, les médecins restent tous d'une étonnante discrétion et d'une remarquable imprécision quand cette question est abordée. Toujours est-il que la douleur demeure la compagne des malades et des soignants qui s'efforcent de la comprendre, de la traiter comme ils le peuvent, comme ils l'entendent.

« Hôpital Souffrance », plus qu'« Hôpital Silence » donc. Mais le fait que l'on y souffre ne veut pas dire que n'importe qui peut impunément évoquer cette souffrance comme si, ce faisant,

L'HOPITAL VU DU LIT

il tentait de s'approprier, le plus souvent pour d'autres objectifs (politiques, syndicaux, financiers...) une légitimité fortement émotionnelle. Le discours compassionnel à l'égard du malade de ceux qui ne pratiquent pas les soins, de ceux qui ne sont pas en contact direct avec lui - fonctionnaires, politiques, journalistes - m'a toujours écœuré. Ils s'en tirent à bon compte. Je hais ces circulaires et ces discours dégoulinants de bonnes intentions qui proclament que l'on doit « mettre le malade au centre du système de santé », alors que dans certains services, à certaines heures, personne ne décroche le téléphone pour répondre aux familles, que les locaux sont crasseux, que le contrôle qualité n'existe pas et que les malades errent dans des services d'urgence où ils ne devraient pas se trouver. L'apitoiement sur commande de ceux qui ne sont pas en contact avec le malade est un jeu d'acteur qui démontre que l'on trouve toujours suffisamment de courage pour supporter le malheur des autres. Il est aisé de compatir quand l'on ignore les conséquences humaines de ses décisions et que l'on croit se blanchir, la main sur le cœur, de toute responsabilité.

La désorganisation peut aussi ajouter la révolte à la souffrance. Il y a quelques minutes, dans le hall des urgences, il y a eu une violente altercation. J'ai d'abord pensé que c'était un drogué en manque, clientèle habituelle de ces services.

Une voix d'homme crie : « On ne me fait rien, je ne dis rien, j'attends depuis trois heures, mais, pourquoi laisse-t-on passer deux personnes devant moi ? C'est pas possible ! » Les vigiles s'approchent : « Monsieur, calmez-vous, ne criez pas », recommandations qui ont, bien entendu, l'effet inverse.

Une voix de femme reprend : « Ce sont des enfants ».

« Un je veux bien, mais deux » dit l'homme en se calmant.

Puis les pas et les chuchotements reprennent. Je ne comprendrai ces dialogues que plus tard dans la soirée. Il n'y a dans toute la région parisienne -plus de dix millions d'habitants- qu'un seul endroit où les Franciliens puissent quasi gratuitement, 24 heures sur 24, venir se faire soigner une rage de

LA NUIT DES AUTRES

dent : c'est cet hôpital, connu pour la qualité de son service de stomatologie et cette garde permanente. Il y aurait également, m'a-t-on dit, à Paris un service privé de garde de chirurgiens-dentistes, une sorte de « SOS-Dentistes », mais rien d'autre dans le public. Les soins dentaires sont mal remboursés par l'assurance maladie, la dentisterie n'a pas le prestige d'autres spécialités médicales ou chirurgicales, seul ce service fait donc face à une considérable demande. Il n'a que quelques fauteuils, vraisemblablement tenus à cette heure là, un dimanche soir, par des vacataires payés quelques dizaines d'euros la soirée. Les âmes en peine, adultes et enfants, qui déambulaient ce soir dans la première partie du hall, c'étaient donc eux, assis, debouts, se tenant la mâchoire, l'enveloppant dans des écharpes qui n'étaient pas de saison, attendant un éventuel soulagement tardif et partageant en silence leur rage de dent. Ceci est dû à ce que l'assurance maladie ne revoit pas les tarifs des soins dentaires, notoirement sous-évalués. Les dentistes de ville gagnent leur vie grâce aux prothèses dentaires (un tiers de leur activité, deux tiers de leurs revenus) pas aux soins, ils n'assurent plus à Paris de garde ou d'astreintes, estimant être, pour cela, mal honorés.

Deuxième séance de manipulations, de transferts et d'examen radiologiques. J'attendrai sur la table de fort longues minutes que le chirurgien, consulté cette fois sur mes radios, les déclare « bonnes ». Retour dans le hall, attente. 'Il lui faut un scanner'. Et c'est reparti ! Je goûte le matelas en mousse de cet appareil et vois enfin défiler sur un écran de contrôle les coupes de mon bassin. A l'évidence, même pour le bétotien que je suis, la partie gauche est déformée. Je n'imagine toutefois pas les conséquences de ce qui, à l'écran, semble n'être qu'une légère asymétrie.

Retour dans le hall, la chronologie précise de cette longue soirée s'estompe. L'interne de chirurgie passera. Il m'annoncera que l'on peut m'opérer.

« Vous avez de la chance car vous tombez bien (sic) : la semaine prochaine se tient à Paris le grand congrès annuel de la chirurgie du cotyle. Si vous en êtes d'accord, les meilleurs chirurgiens du monde vous opéreront. Vous ne pourrez pas

L'HOPITAL VU DU LIT

poser le pied par terre pendant trois mois. Je repasserai plus tard avec le chef (de clinique) de garde. »

Il est sympathique, factuel, rapide, à l'évidence déjà très compétent, mais quelle distance derrière ce grand sourire ! Il passera tous les jours avec la même agréable et très professionnelle efficacité. L'annonce de ma « chance » me décrispe quelques instants les neurones. Toutes proportions gardées, elle me fait l'effet de quelqu'un à qui l'on annoncerait simultanément sa fin prochaine et sa « chance » d'avoir un cercueil assemblé par les plus grands ébénistes de l'époque ! On verra plus tard que ce fut, à plus d'un titre, une chance véritable.

Je vais, me dit-on, pouvoir monter au « service porte »³ où une chambre m'attend. Ma femme me quitte après m'avoir tendrement accompagné durant cette éprouvante soirée. On se verra demain, je garde mon portable⁴. En fait je resterai encore une bonne heure entre la salle de droite, le box de gauche et le couloir. Il me sera fait une deuxième prise de sang de contrôle. On cherchera mes « papiers » qui s'entassent sur ceux d'autres dossiers. Comment peut-il ne pas y avoir d'erreurs dans une telle désorganisation ? Il est impossible que les analyses de l'un ne se retrouvent pas, de temps en temps, dans le dossier de l'autre. Un compagnon de ma longue convalescence me racontera que dans un autre hôpital parisien on a ainsi annoncé à sa mère qu'elle était atteinte d'un cancer. Elle n'avait rien. L'erreur, due à un mauvais classement de compte rendu d'anatomopathologie, sera découverte dix jours plus tard.

Du point de vue du malade couché, qui ne voit que le plafond, la succession des événements semble difficile à comprendre. Les décisions du médecin de garde, clairement le chef d'orchestre de cette fourmilière, sont rapides. L'équipe pare

³ Le service porte est une sorte de gare de triage, de parking, pour malade que l'on a pas réussi à placer dans un service, soit que le service manque de place soit que personne ne veut accueillir le malade.

⁴ En principe, il doit être débranché, en pratique tout le monde s'en sert.

LA NUIT DES AUTRES

au plus pressé : vous, puis un autre. Mais pourquoi vous plutôt que l'autre : le plus jeune, le plus cassé, le plus pénible, celui qui est proche de la porte ? On se demande quelles sont les priorités et surtout pourquoi l'intense et réelle attention de quelques instants est suivie de longs moments d'abandon. Quant à la qualité de l'information du malade, à ce stade du séjour, elle fait penser à celle de la SNCF pour ses usagers : « Le train est arrêté sur la voie, n'ouvrez pas les portières ».

Pour être tout à fait exact, le patient allongé bénéficie de la chance de se voir distribuer une « charte du patient hospitalisé » et un questionnaire. Qui à 11 heures du soir, perclus de douleurs ou simplement angoissé, a la capacité de lire cette charte et de répondre à ce questionnaire ? A supposer toutefois que l'on mette sa main sur ses lunettes et que l'éclairage soit suffisant, le décalage entre le style de ces chartes et ce que vous ressentez est tel qu'il prête à sourire, à moins qu'il ne vous rende furieux⁵. Du point de vue juridique cependant, cette remise en main propre désengage l'hôpital: le patient est, pour l'administration, « informé » de ses droits et en plus, on mesure sa satisfaction ! J'ai pris connaissance de ces documents quelques semaines plus tard et ne citerai que la fin du premier principe « général » de la charte : « Le service public [...] est adapté aux personnes handicapées ». Quant au questionnaire, il a pris le chemin de la poubelle.

Il est 23 heures, je reviens quelques instants du bon côté du couloir, celui des médecins et des infirmières. Deux pièces plus loin que celle où je suis provisoirement parké, s'organisent pour certains un dîner tardif, pour d'autres une joyeuse pause café, toujours sur fond de musique reggae, d'éclats de voix et de discussions sur le rattrapage de la RTT. Le monde ce soir est cloisonné; deux plans se côtoient : debout, à la verticale, ceux qui travaillent un soir comme un autre, et couchés, à l'horizontale, les autres qui souffrent et attendent. Je n'ai aucune acrimonie à l'encontre du monde des debouts, on ne

⁵ C'est encore pire pour le « questionnaire de satisfaction » : vous avez l'impression de faire partie d'un panel de ménagères jugeant le mérite comparé des lessives.

L'HOPITAL VU DU LIT

peut pas vivre en permanence dans le drame et la souffrance des autres. Le couché que je suis ce soir-là se sent loin, ailleurs!

Après une deuxième prise de sang pour vérification de groupe sanguin, nouvelle station dans le couloir, une bonne heure je crois. Je n'ai plus de montre - il paraît que l'on vole à l'hôpital. Je somnole. Soudainement le lit bouge, deux brancardiers, certainement prévenus depuis longtemps à moins qu'« on » y ait pensé il y a quelques minutes seulement, me conduisent à l'ascenseur. Je rentre au service « porte » où je vais trouver « ma » chambre. Il doit être plus d'1 heure du matin. La première sensation est celle de calme, accentuée par la pénombre. Je n'étais pas conscient de l'agression provoquée par le bruit et la lumière des néons du couloir où je viens de passer quelques huit heures. Il est vrai qu'on n'a pas l'habitude, sauf dans les cauchemars, d'être couché dans le hall de la gare de Lyon. Le lit roule sans bruit sur le linoléum et s'arrête au poste infirmier d'où sort pour m'accueillir une infirmière, splendide femme noire, m'a-t-il semblé. La douleur, la fatigue et les psychotropes épanouissent une conscience onirique. Elle ne m'a pas fait passer le Styx, comme je l'ai un instant imaginé, mais plus simplement me conduit à ma chambre. J'y serai seul. Elle me précise que je peux lui demander de venir grâce à l'appel malade mais, testée en sa présence, cette sonnette ne fonctionne pas. Elle s'approche alors de la plinthe électrique à l'arrière du lit et lui donne de toutes ses forces deux grands coups de poing, ce geste aussi surprenant qu'apparemment habituel, n'aboutit pas à l'effet escompté. « Tiens, ça ne marche pas aujourd'hui ! Je vais noter d'appeler l'électricien et laisserai ce soir la porte ouverte pour que vous puissiez m'appeler. » Elle me change, me donne un pyjama de coton marqué du sigle de l'AP-HP, il est en forme de tunique large et mi-longue, fermé à l'arrière par des boutons-pression, il est très adapté à l'état de malade.

« Avez-vous un gant de toilette, du savon, une serviette ? Car l'hôpital n'en fournit pas. » Questions de routine, car elle sait très bien qu'on fait rarement du patin à roulettes avec un gant et du savon dans la poche. Elle me passe donc un drap et une alèse qu'elle avait déjà préparés. Ils coûteront aussi cher en

LA NUIT DES AUTRES

lavage à l'hôpital qu'une serviette de bain. Je remarque alors (l'ai-je jamais su ?) que l'hôpital n'assume toujours pas le fait d'être également un hôtel. Il vous accueille, vous héberge mais vous laisse aussi sentir que le personnel, tout au moins pour ces « petites » choses, n'est pas à votre service : « Vous êtes à l'hôpital ici, monsieur ! » Le branchement et la location de la télévision sont gérés par une entreprise privée, pas seulement, me semble-t-il alors, pour des raisons pratiques, administratives et comptables, mais aussi pour des raisons symboliques. La solidarité, lointaine descendante de la charité, ne tolère aucune apparence de « luxe » même quand la journée coûte plus de 1 000 euros : des draps donc, mais pas de serviette ou de savon.

L'infirmière me quitte en m'ayant laissé un « pistolet », merveilleuse invention dont l'auteur mériterait ne pas rester dans l'anonymat et qui se substitue heureusement au pot de chambre de mon enfance. Pour le reste aucun besoin ne se fait encore sentir, mais je frémis déjà à l'idée de devoir utiliser un « bassin ». La salle de bain, à portée de béquille est aussi lointaine que la Patagonie, je suis cloué au lit, dépendant, totalement dépendant.

Les chirurgiens : le chef de clinique et deux internes, passent enfin. Il est une heure et demi du matin. Ils sortent du bloc opératoire. Ils sont attentifs, précis, chaleureux, accueillants. Ils diffusent une assurance que seule donne la compétence. J'oublie leur âge, aucune suffisance, mais de l'autorité : ils savent dans quelles eaux ils naviguent, même à cette heure tardive. J'en retire un réconfort personnel immédiat, mais aussi, c'est un peu ridicule, un sentiment de fierté ! Ils me décrivent en détail la suite des opérations. « Votre fémur a traversé le cotyle gauche (la paroi du bassin). Vous serez opéré dans trois jours, car si on laisse passer ce délai, vous saignerez moins au cours de l'opération que si on vous opérerait dès demain. En attendant, on va mettre votre pied en extension, vous verrez, cela va vous soulager. Pour ce qui est de la douleur, n'hésitez pas à demander de la morphine, demain on vous donnera une pompe que vous pourrez régler vous-même. »

L'HOPITAL VU DU LIT

Je leur demande combien de temps je resterai immobilisé et j'entends plusieurs mois. Je ne comprends pas encore ce que cela veut dire, comme si mon cerveau occultait cette information claire. Je me dis que l'on doit pouvoir négocier avec le destin : d'accord pour une leçon, d'accord pour payer le prix de m'être cru jeune et agile, mais pas trois mois. Pourtant je sais que ce n'est pas en faisant marche arrière que l'on répare un pneu crevé par un clou.

L'un d'entre eux revient avec un petit attirail très simple permettant de placer ma jambe en extension : une bande faisant office de chaussette à laquelle par deux clips est attaché un petit câble fixé perpendiculairement au lit par une tige, le câble passe ensuite sur une poulie et, au bout du câble, un poids de trois kilos. Cette légère traction me soulage immédiatement, comme le fait la piqûre de morphine. Ils s'en vont. La chambre reste éclairée par les lumières extérieures de cette ville hospitalière. Je ne peux rien commander de mon lit : ni rideaux, ni voilages, ni volets, la lumière me tient donc compagnie et je distingue même, par ce clair soir d'été, quelques étoiles là haut. Aucune étoile filante, pourtant j'ai ce soir une gerbe de vœux à confier à leur embrasement. De l'autre côté, la lumière du couloir pénètre aussi par la porte laissée entrouverte pour que je puisse appeler. Elle me semblait pourtant si douce quand je suis arrivé, mais elle n'est plus de celles que l'on choisit délibérément quand, après la petite enfance, on n'a plus peur du noir : trop vive. Je ne dors pas.

Du fond du couloir monte une plainte régulière, un râle, qui va et revient avec la respiration d'une autre personne qui souffre là bas, pas loin. Il ne s'agit pas de cris comme ceux entendus aux urgences, mais l'expression de la souffrance à l'état pur, un cristal de désespoir; il se grave dans ma mémoire. Je suis entré dans la nuit des autres. On partage peu l'intimité de la nuit. Voilà qu'inopinément elle s'ouvre. Des insomnies récurrentes apprennent vite à distinguer le désarroi passager de l'abandon et la perte de réalité de l'égoïsme forcené. Certaines personnes malades ou dépendantes ont eu le talent de réduire en esclavage un membre de leur entourage. Hospitalisées, elles

LA NUIT DES AUTRES

s'étonnent de découvrir quelques résistances saines, mais pour elles inhabituelles, du personnel hospitalier. « Une seule personne suffit pour vous gâcher la nuit », me confiera une infirmière. En quittant le service « porte », j'apprendrai que cette souffrance, qui s'exprimait le lendemain encore, était celle d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer et d'autres lésions organiques. Personne, aucune unité d'hospitalisation, ne semblait en vouloir. Il attendait donc dans ce service de passage.

Aux premières heures du matin, le chef de service d'orthopédie me rend visite et m'examine. Il m'explique ce qu'est le cotyle, quelle est précisément la localisation de mes fractures, en quoi va consister l'opération et quelles en seront les conséquences. A son tour, il me fait savoir que se tient à Paris, cette semaine là, le congrès mondial de la chirurgie du cotyle. Si je donne mon accord, je serai opéré par les deux organisateurs du congrès, grands spécialistes de cette intervention, un Américain et un Français, tous les deux élèves de l'un des deux inventeurs de cette chirurgie très particulière, le professeur Letournel, récemment disparu alors qu'à 67 ans il était toujours en pleine activité. Le chirurgien français est un vacataire du service d'orthopédie (rémunération environ 60 euros la journée), par ailleurs chirurgien dans une clinique de la région parisienne. L'Américain, pour quelques jours à Paris, est professeur dans une université de Los Angeles. Quant au chef de service qui si précisément m'informe, il ne sera, me précise-t-il, que leur modeste assistant : « Pour bien pratiquer cette chirurgie spécifique, il faut l'exercer souvent. Ce n'est pas mon cas. » J'admire sa profonde modestie comme, avant de le connaître, j'admiraits sa contribution à l'excellence de l'orthopédie française, mondialement estimée. Je l'écoute, il m'entend et répond avec calme et précision. Il ne laisse rien paraître de son emploi du temps, que j'imagine très occupé. J'assimile pour la première fois, me semble-t-il, ce qui m'est dit, même si c'est la troisième fois qu'on me le répète. Je réalise enfin que, dans le meilleur des cas, je ne pourrai pas mettre le pied gauche par terre pendant trois mois. Le cotyle est un os peu épais qui maintient le bassin par une stabilité de forme (comme un barrage voûte). Dans mon cas, il faut attendre que l'os se

L'HOPITAL VU DU LIT

consolide pour que le cotyle, reconstitué par la chirurgie mais encore fragile, puisse supporter le poids du corps et les pressions très fortes qui s'exercent sur lui quand on prend appui sur la jambe.

Pendant les deux jours d'attente avant l'opération, je me préoccupe des engagements professionnels de la journée, de la semaine et des mois à venir et les annule. Je m'inquiète de ma toilette et me rase dès que ma femme, tôt revenue, m'apporte un rasoir. Pour se laver les cheveux, j'ai compris que ce serait plus difficile, mais pas impossible : il faut demander. Quant au reste, un drap humide, fait encore office de serviette.

Dans la matinée passent deux électriciens qui entrent sans beaucoup de précautions d'asepsie, il est vrai que je n'ai pas encore été opéré. Comme dans le sketch de Jean Yanne, où le candidat au permis de conduire frappe l'automobile pour démontrer à l'instructeur qu'il n'est pas intimidé, ils assènent à leur tour quelques coups de poing sur la prise. Elle semble ne pas réagir. Ils poussent alors mon lit en sifflotant, démontent la plinthe d'où s'échappent quelques poussières, réparent, rangent leurs outils et s'en vont. Il y a aussi une culture ouvrière dans les grands hôpitaux. Ces ouvriers très qualifiés, chez qui les syndicats tirent un fort pourcentage de leurs adhérents, semblent former une corporation encore plus autonome que les autres. Venant à Bichat il y a plus de 20 ans, je remarquais dans le hall une grève du personnel ouvrier. Le chef de service, à qui je rendais visite ce jour là, me dit : « J'aime bien quand ils sont en grève, car on sait alors où ils se trouvent ». Je ne sais pas s'ils étaient en grève, mais ils sont venus vite.

En début d'après-midi, j'apprends que la chambre de chirurgie est prête, je vais pouvoir y monter. Rien ne se passe avant 16 heures quand deux brancardiers énergiques entrent dans ma chambre du « service porte » et disent qu'ils vont me descendre à la radio. Incrédule et inquiet - la mémoire de la séance d'hier soir était vive -, je demande la raison de ce nouveau cliché ; on me répond : « Le médecin dit qu'il vous faut une radio ». Je remarque alors que, jusque là j'avais compris que l'on ne me déplaçait pas pour jouer au billard, mais : pourquoi

LA NUIT DES AUTRES

une radio ? Aucune autre précision ne me sera donnée. Le lit roule vers l'ascenseur et y pénètre, mais du fait de la petite potence qui tient toujours mon pied en extension, l'ascenseur ne se referme plus, le lit est ainsi trop long de quelques centimètres. Nous ressortons après plusieurs tentatives de placement en diagonale. Je remarque alors, coopératif, que la potence est très facile à enlever. S'il ne m'est pas possible de la démonter moi-même, j'explique qu'il suffit de soulever les poids et de dévisser deux boulons pour y arriver. Ils me regardent étonnés, j'ai l'impression que je leur demande de commettre un sacrilège en suggérant de réaliser ces gestes qui, à l'évidence pour eux, sont d'ordre médical. On ne brise pas un tabou, ils s'en sortent par un grand éclat de rire.

« Non, non, on vous ramène dans votre chambre et on va demander à la radio de monter. »

Pourquoi n'a-t-on pas commencé par là ? , me dis-je.

Je reviens donc à la case départ. L'appareil de radio poussé par un brancardier et précédé d'une manipulatrice, hiérarchie oblige, arrive vingt minutes plus tard. En voyant l'appareil, j'en déduis qu'il m'a été prescrit une autre radio du poumon. Ils sont maintenant une petite dizaine dans le couloir : les premiers brancardiers (ils n'ont pas bougé), l'équipe de la radio, un médecin senior du service « porte », des internes, des infirmières, peut être des externes... du monde.

- « Pourquoi voulez-vous me faire une autre radio du poumon ? dis-je à la cantonade.

- Parce qu'il n'y en a pas dans votre dossier, m'est-il répondu.

- Il me semble que mon poumon a été suffisamment irradié hier soir, on m'en a déjà fait trois », répliquais-je d'un ton peu commode. Cette réponse semble perturber suffisamment le groupe pour que la porte se referme. Je devine qu'ils s'affairent. Plus rien. Vingt minutes plus tard la porte s'entrouvre pour autre chose, je les aperçois près du négatoscope qui feuilletent mon dossier. L'appareil de radio repart.

- « Alors ? »

L'HOPITAL VU DU LIT

- On les a retrouvées dans le dossier du scanner, elles étaient mal classées », dit le médecin senior sans se retourner.

Pas d'excuses.

« L'incoordination toujours, le manque de rigueur souvent, l'incompétence quelquefois altèrent gravement le fonctionnement de nos maisons. Dans d'autres pays étrangers que je connais, les choses vont mieux, et puis dans l'industrie la plus banale, on est arrivé à des normes de qualité infiniment supérieures.

Si l'on fabriquait des brosses à dents comme on fait marcher des hôpitaux où on soigne des malades, il n'y aurait pas de brosses qui permettraient de se laver les dents. Elles seraient toutes tordues, multicolores et défectueuses.⁶ »

Tout ceci a duré une bonne heure et demi et occupé de six à huit personnes. Je fais un rapide calcul de coût : au moins 500 euros, charges comprises, sans parler d'une irradiation inutile et de l'inquiétude de souffrances à venir que l'inhabituelle et provisoire longueur de mon lit a évitée. L'inquiétude change d'objet, je n'ai plus aucune confiance dans la nature des informations de mon dossier, constitué à la va-vite. En outre, l'équipe soignante montre qu'elle est incapable de retrouver la trace d'examens de radiologie réalisés hier soir, la fameuse « traçabilité » des actes ne semble pas encore être mise en œuvre.

« Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur. » (Deuxième principe du résumé de la charte du patient hospitalisé).

Il n'est pas loin de 18 heures et je suis toujours au service « porte ». J'appelle l'infirmière pour m'en étonner. Elle vient avec son équipe et m'informe qu'elle attend, pour me « monter en chirurgie », l'avis des orthopédistes. Je recommence ma démonstration de bricoleur, lui assure que je ne souffrirai pas beaucoup plus en ayant une jambe sans extension pendant

⁶ Extrait d'une lettre du professeur Christoforov reproduit ici avec son autorisation.

LA NUIT DES AUTRES

quelques minutes et que pour cela il n'est pas nécessaire de déranger les orthopédistes certainement fort occupés par ailleurs, je peux donc « monter ». Rien à faire, ils s'en vont. Le dernier, le plus ancien, resté un peu en arrière des autres, se retourne et me dit : « Vous avez raison, j'ai vu faire ça plusieurs fois, c'est pas difficile, mais si je le fais, je vais me faire attraper. » Un grand sourire, il ferme la porte. Il n'est qu'aide-soignant, surtout pas d'initiative.

A 19 heures, toujours rien. Je demande à voir le médecin de garde, celui qui avait momentanément perdu mes radios. Il arrive en traînant des pieds, ne se présente pas. Je lui renouvelle ma question. Il me fait la même réponse : « J'attends, les orthopédistes ». Je lui demande s'il est bien médecin, s'il peut réfléchir avec moi moins de deux minutes, regarder l'extension (ce qu'il ne fera pas), s'il peut prendre une décision seul qui ne consiste pas à déclencher le feu nucléaire sur une ville ennemie, mais à réaliser un geste simple. Il hausse les épaules, me laisse comprendre que je suis un emmerdeur et s'en va. A 19 heures 30, entrent deux personnes qui, elles, se présentent. Il s'agit du chirurgien qui va m'opérer mercredi et d'un des chefs de clinique du service d'orthopédie qui l'assistera aussi au cours de l'intervention. Ils viennent tous les deux du congrès qui se réunit dans le 16^e arrondissement et passent me voir à cette heure tardive pour prendre de mes nouvelles. Ils me renouvellent leur demande d'accord pour que mon opération soit télétransmise aux congressistes et que leur collègue américain soit le principal opérateur. (Je n'ai toujours pas compris comment ils pouvaient être aussi nombreux, mais peut être un jour verrai-je le film). Ils ajoutent quelques informations nouvelles, notamment sur la durée d'intervention et me rassurent avec le ton calme qui convient : tout se passera bien. J'en suis convaincu, mais je dois leur paraître très flegmatique. En fait, je découvrirai plus tard la difficulté de cette opération dont peu de personnes de mon âge (58 ans) ont la chance de bénéficier dans des circonstances analogues.

Je leur raconte mes difficultés pour être « monté » en chirurgie. Pas de commentaire, mais un naturel : « Nous allons

L'HOPITAL VU DU LIT

le faire ». Les chirurgiens, qui n'étaient pas ceux attendus depuis le début de l'après-midi, me poussent donc vers l'ascenseur après avoir démonté en quelques secondes la fameuse potence. Les brancardiers nous regardent passer.

Je ne saurai jamais si les autres orthopédistes, appelés quatre heures auparavant, sont descendus quand j'étais parti ou s'ils ont donné un quelconque signe de vie. L'hôpital est un orchestre sans chef. Chaque « patron » ou le chef de service hospitalier est nommé par le ministre de la Santé et non par le conseil d'administration de l'établissement. Il tire son pouvoir d'un texte qui date du régime de Vichy (1943) en application du « Führerprinzip » Seul est concevable le pouvoir du chef. Qu'il soit président-directeur général d'une entreprise, dont la définition des prérogatives en droit français date aussi de cette époque⁷, ou le chef de service hospitalier, lui seul est responsable. Certes depuis 1943, le pouvoir du directeur s'est accru mais celui de ces chefs de service n'a pas été modifié. Le directeur doit donc s'accommoder de chefs de service qu'il ne nomme pas et qui, comme lui, tirent leur légitimité d'une nomination ministérielle extérieure à l'institution. L'hôpital est plus une rue commerçante qu'une organisation moderne, chaque boutique est indépendante et la communication se résume souvent à : « Si je veux, quand je veux ».

L'étage d'orthopédie me paraît plus propre et, si la chambre est petite, elle semble calme (très provisoirement). J'y serai seul, privilège certain. Le dîner, servi à 18 heures, est bien là. Il est 20 heures. Un des volets est bloqué, l'autre peut se fermer mais encore faut-il pouvoir quitter son lit. Le service attend une réparation depuis plusieurs semaines, c'était encore le cas quand je suis parti.

Les chirurgiens donnent aux infirmières des instructions pour soulager ma douleur : de la morphine toutes les quatre heures en attendant que l'on m'installe demain une pompe que

⁷ Jean Peyrelevade, « *Le Corporate Governance* ou les fondements incertains d'un nouveau pouvoir », Notes de la Fondation Saint-Simon, juin 1998

LA NUIT DES AUTRES

je pourrai régler moi-même. Une journée avant l'opération, la morphine me calme un peu.

L'hôpital s'anime dès 6h30. L'équipe de nuit passe le relais à celle du matin. Dès 7 heures rentrent et sortent de votre chambre de très nombreuses personnes toutes, presque toutes, chaleureuses, attentives, dévouées, mais quelle organisation ! ». La première qui vous réveille, si ce n'est pas déjà fait, est celle qui prend votre température dans l'oreille, opération rapide et indolore. Quel progrès ! Elle est censée l'inscrire sur une feuille volante punaisée sur un petit tableau de liège en face de votre lit. Elle sort.

Puis, deux autres viennent mesurer votre tension grâce à d'encombrants tensiomètres à roulettes choisis de ce format, paraît-il, parce que les autres sont volés, même si le sigle « AP-HP » est gravé sur le cadran. Inscription de la tension sur une autre feuille. Ces deux feuilles et deux radios sont tout ce que je verrai de mon « dossier ».

L'infirmière entre alors pour distribuer les médicaments et faire une ou des piqûres. Le plus souvent, dans ce service, elle ne dispose pas d'un chariot mais juste des éléments qu'elle estime nécessaires, aussi quand il en manque un, elle retourne au poste de soins, vous laissant plus ou moins longtemps dans une position inconfortable.

Une élégante préposée vous change matin et soir votre carafe d'eau. Elle ne fait que cela. Une autre vous dépose votre petit déjeuner sur une table encombrée, y compris par un urinoir, mais, pour des raisons d'asepsie, elle ne peut ni le déplacer et encore moins le vider dans la salle de bain. Vous l'éloignez comme vous pouvez et, ainsi comme les médecins de Molière, il est possible de le humer en même temps que le café.

Dans cette première salve de visites, l'interne se glisse quelques secondes pour faire le point et repart.

Quand le patron entre, tout s'arrête, chacun cherche à répondre immédiatement à ses demandes. Puis la vie reprend

L'HOPITAL VU DU LIT

son cours. Plus tard dans la matinée, les aides-soignantes viennent faire le lit et contribuent à votre toilette.

Le ménage dépend d'un autre agent, la compétence de l'aide-soignante se limite au malade et à son lit, pas à ce qu'il y a en dessous ou à côté.

Pour ce qui est des soins particuliers, comme la kinésithérapie qui me sera prescrite quelques jours après l'intervention chirurgicale, ils se glissent entre. On verra que ce n'est pas toujours facile.

Déjeuner un peu avant midi, dîner vers 18 heures. On est heureux qu'existe en France une industrie laitière de qualité et que l'on serve souvent des yaourts car les autres plats arrivent tièdes et donnent une idée de ce que pourrait être la référence basse d'une échelle de la cuisine française dont la partie haute serait les restaurants étoilés du Guide Rouge (ex Michelin). Mais tout malheur à son bon côté: j'ai perdu huit kilos en deux mois d'hospitalisation.

Cette description ne donne pas encore vraiment l'impression de la fourmilière⁸ que devient votre chambre à certaines heures de la journée. En effet, en ce début septembre, les stagiaires reviennent: étudiant en médecine de deuxième année, aide-soignante, infirmière, kiné... Heureusement que devant la douleur, la pudeur, qui ne m'a jamais particulièrement taradée, s'efface totalement. Au lieu d'une, vous avez deux ou trois personnes qui accompagnent chacune de ces visites: le professionnel chevronné et son ou ses stagiaires.

L'instruction des plus jeunes l'emporte sur les réactions du patient.

Deux jours après mon accident, j'ai demandé qu'on me lave les cheveux. Par habitude, par hygiène avant l'opération ou par souci de me sentir propre, je ne sais plus. Mal m'en a pris. Il se trouve que j'avais été « choisi » par un aide-soignant pour passer son examen quelques jours après. J'avais certainement été trop aimable. Avant la séance du shampoing, je me

⁸ Ce n'est pas le cas partout, je lisais récemment que dans un service de personnes âgées il y avait une infirmière pour 78 lits !

LA NUIT DES AUTRES

demandais comment quelqu'un d'aussi peu capable de faire trois gestes coordonnés avait pu simplement être admis à l'école et gardé en stage plus d'une journée. Mais je ne comptais pas intervenir, surtout après ce choix indiquant de sa part une certaine sympathie à mon égard. J'admirais la patience pédagogique de celle qui l'avait pris sous sa coupe. Vient donc la séance du shampoing, sorte de préparation à l'examen de la semaine suivante. Jusque là, ce soin ne me paraissait pas requérir de compétence particulière, l'histoire dira autrement. Tout d'abord, il a fallu trouver du shampoing, l'Ancienne, le maître de stage, (qui était jeune et jolie) est allée chercher son propre shampoing et a entrepris d'expliquer au plus jeune comment il fallait s'y prendre :

« Tu vas chercher un sac-poubelle que tu découpes sur le côté et tout en bas. Tu abaisse le haut du lit. Tu demandes au patient de se reculer pour qu'il ait la tête dans le vide, le lit à plat. Tu avances le lit pour pouvoir te placer derrière. Tu places le sac poubelle par derrière autour du cou du patient. Tu mets une première bassine par terre en veillant bien à former une goulotte du sac jusque dans la bassine. Avec une autre bassine, pleine d'eau chaude, tu lui mouilles la tête, tu le shampoines, tu le rinces, tu lui sèches les cheveux avec sa serviette. Tu le peignes. Tu ranges tout... ».

Un massacre ! Avant qu'il ne se produise, je me suis dit que l'institution n'avait jamais réfléchi à cette question, pas centrale certes, mais habituelle pour des patients cloués au lit pour mille et une raisons hospitalières : drain, perfusion, pansement, fracture... Ça sentait le bricolage de camping.

Il n'a tout d'abord pas trouvé le sac-poubelle, puis pas compris comment le découper. Explications et démonstrations par le maître de stage, jusque là tout va bien, je ne suis pas concerné. Mais les choses ont commencé à mal se passer, pour moi, quand, sans me prévenir, il a abaissé le haut du lit alors que je m'étais reculé. Effectivement, ma tête étant dans le vide, son poids pesait sur mon bassin fracturé. J'ai remarqué, doucement, que j'avais vraiment mal. Commentaires de l'Ancienne : « Vous vouliez un shampoing ».

L'HOPITAL VU DU LIT

Le candidat à l'examen blanc s'empresse de me verser de l'eau trop chaude sur la tête. Je réagis. Le sac-poubelle glisse, l'eau mouille le drap, le matelas et la chemise de nuit, sans parler du sol de la chambre qui est inondé. Je commence à vraiment manifester le fait que je goûte de moins en moins l'expérience. Rinçage. Puis je vois rouge, dis que ça suffit vraiment et demande à l'Ancienne de me protéger de son élève. Ce qu'elle finit par faire, après quelques minutes dont je me souviendrai et un commentaire : « Le pauvre n'était pas dans son assiette. Il transpire, il est intimidé par vous ». Je sais qu'il m'arrive de faire cet effet, mais rarement chez le coiffeur.

Changement de drap, de chemises de nuit, je retrouve, épuisé, une position que je n'aurai jamais dû quitter.

De l'intervention chirurgicale, bien entendu, aucun souvenir si ce n'est la douceur apaisante de ceux qui m'ont endormi. Au réveil, qui eut lieu dans la salle prévue à cet effet, j'ai eu la fugitive impression de me trouver dans un embouteillage parisien avant l'interdiction de klaxonner : des lits dans tous les sens, des appels de brancardiers, des voix très fortes pour couvrir un important bruit de fond. Rien à voir avec mes visites antérieures, je pensais que le calme y régnait.

Je me rendors, heureux de me sentir en vie. On y pense toujours. J'ouvre de nouveau les yeux, cette fois dans ma chambre, je tâte et admire un beau pansement. Les chirurgiens m'affirment que tout s'est bien passé en me laissant entendre que ce n'était pas facile: six fractures, des morceaux de bassin qui flottent dans un plan où ils ne devraient pas se trouver, trois heures et demie d'intervention à plusieurs. J'imagine le reste : ouvrir sans dommage, sortir le fémur, ne rien ignorer de ce qui passe dans la cavité du bassin, assembler les morceaux épars, y mettre des vis, des plaques alors que le sang ne donne pas de grande visibilité, respecter de très contraignantes et indispensables règles d'asepsie et ... commenter puisque cette opération est transmise en directe aux congressistes du monde entier qui sont venus se former à Paris. Les Japonais qualifient certains de leurs grands artistes et artisans de « trésor vivant ».

LA NUIT DES AUTRES

On pourrait, je rêve, utiliser ce qualificatif pour les grands chirurgiens, les grands médecins. Je rêve parce que nos « vedettes » ne sortent plus que de la « Star Academy », et que, si de telles distinctions existaient, cela conduirait à reconnaître que certains professionnels de santé sont meilleurs que d'autres. On pourrait donc être mieux traité ici que là. Impensable! « La qualité doit être la même partout ». Propos ministériels d'autant plus faciles à tenir que la « qualité » est rarement définie et, quand elle l'est, il n'est pas fréquent qu'elle soit mesurée. Dans les rares études françaises et les très nombreuses publications étrangères où l'on dispose de mesures, l'on constate toujours que la qualité varie dans des proportions considérables qu'il s'agisse d'infection, de résultat opératoire ou de tout autre indicateur⁹. L'admiration, la gratitude évidente pour l'équipe de chirurgiens et d'anesthésistes furent mes premiers sentiments conscients. Pour devenir un grand ébéniste du corps humain : que d'année d'études et d'apprentissage, de calme, de patience, de performance physique et de minutie ! Leur marqueterie d'artiste restera cachée, l'objectif étant justement qu'elle ne se voit pas, sauf plus tard des pilleurs de tombe des siècles à venir. Ils pourront, non seulement admirer la performance, mais ouvrir une quincaillerie avec les clous, vis et plaques que je porte désormais dans le bassin. En attendant, je vais « sonner » au contrôle des aéroports.

La suite sera consacrée à l'apprentissage des gestes les plus banaux, à retrouver le rythme diurne (l'opération réalisée dans la journée, comme les transports intercontinentaux, produisent un décalage horaire), à ne plus redouter la nuit et à combattre chaque minute l'omniprésence de la douleur. Occulté durant les premières heures du réveil, le mal s'installe. Vous tentez de le combattre, il recule parfois quelques instants, notamment devant la morphine qui a la merveilleuse capacité de produire son effet à heure fixe. Mais la douleur revient, pas tout à fait la même, pas toujours aussi vive. Elle s'appriivoise par la

⁹ Jean de Kervasdoué, "La qualité des soins en France", Les éditions ouvrières, Paris 1999.

L'HOPITAL VU DU LIT

lecture et l'écriture qui offrent quelques moments de répit pendant lesquels la bête reste parquée, bien là, mais immobile. Elle se réveille soudain . Ce combat épuise, comme il isole, même de ceux qui vous sont chers. Tout occupé à gagner ce match solitaire, il vous semble que vos proches s'éloignent dans leur monde car il n'y a plus de place dans le vôtre que pour cette guerre intime.

Premiers pas avec des béquilles, abandon progressif des perfusions, sonde et autres drains qui contraignent la mobilité et vous gardent au lit, cet endroit dangereux. Joie de l'autonomie retrouvée, même si elle reste très boiteuse. Bonheur de la première toilette réalisée seule. Soulagement des pansements sans complication : ma seule réelle crainte était celle de l'infection. Les premiers mètres avec cannes anglaises dans le couloir sont épuisants : il faut penser au pied sur lequel il ne faut pas prendre appui, faire travailler des muscles qui semblent n'avoir aucune envie qu'on les sorte d'une longue torpeur, trouver un nouvel équilibre, apprendre et tout le temps se rappeler l'existence de la jambe malade. Un cerveau unidimensionnel aide: comme Gérald Ford -qui disait-on ne pouvait à la fois marcher et mâcher du chewing-gum-, ne penser qu'à marcher!

Après l'opération, encore incapable de franchir le mètre qui me sépareit des toilettes, je demandais à la très efficace aide-soignante de ce matin là quand elle pourrait passer m'aider. Je lui précisais qu'à 10 heures 30 les kinésithérapeutes viendraient me placer un appareil pour bouger lentement ma jambe du côté opéré et qu'en conséquence il serait préférable que cela ait lieu avant. Le malade que je suis tente une vague coordination. Elle arrive à 10 heures, souriante et gaie, commence à passer un gant de toilette sur le côté gauche puis s'en va en me disant : « Je reviendrai ». Je reste découvert. A 10 heures 30 rien, 11 heures pas de signe de vie, les kinés attendent dans le couloir, l'appareil aussi. A 11 heures 30, je commence à m'impatienter. Elle arrive à midi. Comme je lui fais remarquer qu'on ne laisse pas un patient à moitié nu pendant deux heures, elle me répond : « Je

LA NUIT DES AUTRES

vous avais dit que je reviendrai, mais je n'ai pas précisé quand. »

La kinésithérapeute, qui a attendu une heure trente se prive de déjeuner, pour m'installer l'appareil vers 12 h 30. Elle ne dira rien, tout au moins en ma présence : bonne cohésion de l'équipe et faible productivité. Furieux, je demande à la surveillante de passer. Elle arrive fermée comme une huître, yeux dans le vague, et m'entend dire, sans m'écouter, pourquoi je trouve inacceptable de laisser ainsi un patient pendant deux heures. « J'aurai très bien pu me passer de toilette, mais une demi-toilette c'est trop ou pas assez. » Lui dis-je. Elle ne donne aucune explication et s'en va en bougonnant.

Plus tard, j'apprendrai que si d'habitude, pour cette partie du service, il y a deux infirmières et deux aides soignantes, ce matin là, l'aide-soignante était seule. C'était donc elle le facteur limitant du fonctionnement de toute l'unité. Comme apparemment il n'était pas question de substitution, chacun attendait qu'elle ait accompli sa tâche pour réaliser la sienne. Les statuts définissent les missions de chacun, pas les besoins immédiats du patient et encore moins l'affectation de l'argent des assurés sociaux qui pourtant coule à flot si l'on se contente de compter le nombre d'employés par malade. Le groupe se défend de toute attaque extérieure, car l'autonomie de chacun n'est possible que si le groupe est aussi soudé qu'opaque. Les patients passent (et parfois trépassent). Les chefs sont loin. La cohésion du groupe est prioritaire ?

Le temps du malade ne compte pas, à commencer par les réveils matinaux pour vous demander si vous avez bien dormi, alors qu'épuisé vous venez de trouver le sommeil. Le travail n'est pas organisé par une programmation concertée de la demande des malades, mais par des textes et l'urgence ressentie de l'équipe. En cas de critique ou de « pépin », le sentiment de l'urgence justifiera toute désorganisation. La Révolution française a supprimé les privilèges des corporations. Elles ont été recréées à l'hôpital même si elles ne s'affichent que sous leur aspect légitime : celui de la compétence. Comme l'a montré l'exemple de l'URSS : la qualité de la formation ne suffit pas - il

L'HOPITAL VU DU LIT

y avait de très bonnes universités en Union soviétique - pour constituer une organisation efficace.

Comme par magie, ces dysfonctionnements disparaissent quand le statut de l'institution se modifie. Plus tard, un dimanche matin, dans la clinique où je tentais de me rééduquer à la marche et d'appriivoiser ma douleur, je fais part à la personne qui fait seule mon lit de mon souhait de voir l'infirmière quand elle aurait le temps de se déplacer. Elle me répond que l'infirmière c'est elle. J'en suis surpris car elle réalisait seule une tâche d'aide-soignante et ne semblait pas déchoir en l'accomplissant. Pourtant, même si la différence s'est amenuisée, les infirmières des cliniques privées restent moins bien rémunérées que celles des hôpitaux publics. Ce souci du service m'a frappé à une autre occasion. Il se trouve que juste avant mon arrivée dans cet établissement la responsable du service de kinésithérapie avait donné sa démission, départ qui s'ajoutait à deux autres absences dans l'équipe. Les kinésithérapeutes étaient donc provisoirement quatre au lieu d'être sept. L'une d'entre elles, à la demande des autres, accomplissait les nécessaires fonctions de planning, de coordination et de surveillance. Les patients bénéficiaient d'un peu moins de massages, réalisaient un peu plus d'exercice collectif. Peu s'en sont aperçus. Il n'y a pas eu de grèves. L'équipe s'est progressivement reconstituée.

Si le travail à l'hôpital public demeure organisé comme à la Cour d'Autriche au XIX^e siècle (ceux qui ouvraient et fermaient les fenêtres ne les lavaient pas), il manquera toujours de personnel¹⁰. Je sais, depuis mes premières lectures du

¹⁰ Et si l'on recherche des références françaises plus anciennes, la citation suivante pourrait être très actuelle, en n'y changeant que quelques mots : « Un matin [Marie Leszczyńska, reine de France, épouse de Louis XV] s'avisait que la courtépointe de son grand lit était couverte de poussière. Elle se permit d'en faire timidement l'observation qui fut transmise hiérarchiquement aux garçons de la chambre ; ils déclinerent toute responsabilité : cette poussière n'était pas de leur compétence ; on devait s'adresser au premier valet de chambre tapissier, lequel, informé de l'incident, établit que « cela ne le regardait pas ». Après deux jours d'enquête on découvrit enfin que le « lit de la reine était réputé meuble quand sa Majesté n'y était pas couchée » ; c'était donc aux employés du mobilier

LA NUIT DES AUTRES

*Phénomène bureaucratique*¹¹ de Michel Crozier, que plus les statuts sont précis, donc rigides, plus ils protègent ceux qui en bénéficient, mais ne pas combattre cette tendance met l'hôpital en danger! La pénurie est aussi créée par les règles statutaires, la qualité du service s'en ressent.

Un de mes amis, professeur de médecine, à la suite d'un accident, est hospitalisé. Il se trouve en observation après qu'on lui a bandé les deux bras; les mains seules sortent mais elles sont collées au corps à la hauteur des épaules à la manière des statuts égyptiennes. Le premier déjeuner est placé sur sa table. Il ne peut que le contempler, car il est dans la totale incapacité d'utiliser cuillère, fourchette ou couteau, sauf pour se gratter le cou. Une heure et demi plus tard, la charmante personne qui avait placé le plateau vient le reprendre. En s'avançant vers la porte, elle dit à la cantonade: « Tiens, il n'a rien mangé ». Une forme de reproche: les malades doivent manger. Elle est rentrée et sortie, ne l'a pas regardé : celui, ou celle, qui livre les repas ne sait rien du malade. « L'explication avancée par les personnels interrogés est le manque de personnel ; or, à l'observation, rien ne permet de le corroborer. C'est plutôt l'incertitude qui absorbe l'énergie des personnels, en grande partie en raison de l'archaïsme des modes d'acquisition et de transmission de l'information... »¹².

Je n'avais aucune intention de participer à la vérification expérimentale de cette hypothèse, mais elle n'est certainement pas infirmée par mon séjour à l'hôpital. D'ailleurs il m'a semblé que le week-end où il y a moins d'agents et pas de stagiaires, les choses se passent beaucoup mieux.

Contrairement à l'interprétation qui, je le crains, sera faite, cette histoire et ces commentaires ne concernent encore aucune personne des services de cet hôpital, aucune. J'ai pour eux une

qu'on devait s'adresser ! », in *Le Nôtre, Trois Siècles d'histoire de France de Henri IV à Louis XIV*, Librairie académique Perrin, Paris, p.230.

¹¹ Seuil, Paris, 1964

¹² Robert Holcman, « Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agents », *Gestions hospitalières*, décembre 2002.

L'HOPITAL VU DU LIT

réelle admiration et une très sincère reconnaissance. Elles racontent quelques conséquences mineures¹³ (pour moi) d'un système qui n'a pas changé depuis des décennies alors que la médecine hospitalière a traversé plusieurs révolutions. J'ai reçu des soins attentifs par des personnes de très grandes compétences. J'ai, comme d'autres, goûté la chaleur des « Mama » bretonnes, des Iles ou d'ailleurs (le plus souvent des Iles), qui apaisent par leur seule présence les misères que magnifient l'insomnie et la recherche vaine d'une position antalgique. Il est douloureux et épuisant de constater qu'il n'y a pas de position où l'on a moins mal. On bouge, on s'épuise, on appelle, elles viennent et vous réconfortent sans qu'il soit nécessaire de retomber en enfance.

Toutefois, comme dans toute relation humaine, si la séduction joue, les rapports de force ne sont pas absents, parfois avec la même personne. La position entre le debout déambulant et le couché immobile est asymétrique. Le couché dépend du debout pour les gestes les plus intimes. Certains prennent plaisir à le rappeler. C'est ainsi qu'à deux reprises, en dépit d'instructions médicales claires, me sera refusée au milieu de la nuit une piqûre de morphine. J'ai certainement dû donner l'impression qu'elle m'était due, il m'a été démontré le contraire. Ces relations ont donc aussi leur dimension perverse. Pas vu, pas pris : quand la prescription de morphine toutes les quatre heures sera confirmée le lendemain par le chirurgien en présence de l'intéressé, il hochera la tête. A sa décharge, je comprends que la compassion ne soit pas toujours facile à vivre de près et qu'au vingt troisième appel, on puisse craquer. « En ce qui concerne l'inhumanité, elle est flagrante. Le paramédical et le médecin français conscients, organisés ne pensent qu'à eux et n'ont pas la moindre idée du désarroi des malades ».¹⁴

Est-ce exceptionnel ? Je ne le crois pas. Tous les hospitalisés de longue durée ont vécu de semblables expériences. Un directeur général de centre hospitalier régional

¹³ Toutes les études portant sur la sécurité et la qualité démontrent que la non-qualité ne doit pas être mesurée à l'importance des conséquences.

¹⁴ Lettre citée note 6.

LA NUIT DES AUTRES

et universitaire d'une grande ville de province m'a raconté deux évènements le concernant directement alors qu'il était récemment hospitalisé dans l'hôpital qu'il dirige. Premier incident, il a sonné pendant trois heures, la nuit, pour demander de l'aide afin de se rendre aux toilettes, personne n'est venu. Alors qu'il avait une perfusion dans chaque bras, en se contorsionnant et grâce aux potences mobiles, il a finalement réussi, épuisé, à atteindre les toilettes. Second incident, le lendemain, alors qu'il avait demandé plusieurs fois un produit pour lui humecter les lèvres car il n'avait pas le droit de boire, l'agent hospitalier qui daigne enfin entrer dans la chambre en sort en disant à la cantonade : « Mais c'est qui, lui ? »

Cet agent faillit s'évanouir quand il entendit le nom du grand patron auquel il eut l'impudence de demander plusieurs jours après... une promotion.

Deux jours après l'intervention, les deux chirurgiens qui m'ont opéré me rendent ensemble une seconde visite. Leur congrès, auquel j'ai passivement pris part, vient de se terminer. Le professeur américain me remet deux brochures en anglais qu'il a conçues pour ses malades. La première explique l'anatomie du bassin et ce qu'est le cotyle. Des dessins et des reproductions d'images radiologiques contribuent à rendre l'explication parfaitement limpide. La seconde permet au chirurgien de dessiner devant vous votre cotyle et de décrire, non seulement les endroits où il était fracturé, mais encore ce qui vous a été fait. Une des brochures se termine par une étude portant sur les complications de ce type de chirurgie : dans sa série, il a constaté une arthrose de la hanche dans 20% des cas opérés. Une copie de la publication scientifique est incluse dans le dossier. Il me précise qu'étant donnée l'intervention dont j'ai bénéficié, il serait possible, en cas d'arthrose, de réaliser une prothèse de hanche « normale ». L'explication dure moins d'un quart d'heure, questions et réponses comprises. Enfin une véritable information qui ne prend pas le malade pour un demeuré et lui donne les bases nécessaires à la compréhension de l'acte qu'il a subi et dont il bénéficiera!

L'HOPITAL VU DU LIT

Bien entendu, cela n'est pas nouveau, sauf peut être la communication au patient des complications éventuelles. Déjà il y a trente ans, j'ai le souvenir précis du professeur Didier Mellière, chirurgien de l'hôpital Henri Mondor, qui utilisait ce type d'outil pour informer ses malades. Il doit y en avoir d'autres aujourd'hui, mais ce n'est pas la règle.

Ce soir là, au cours de cette conversation, je prends conscience avec étonnement de la chance dont j'ai bénéficié. Aujourd'hui, en France, à deux ou trois exceptions près, les patients présentant un cas clinique comparable sont mis en traction, immobilisés sur le dos pendant trois mois, en priant le ciel que le cotyle se consolide. De cette façon, j'aurais souffert pendant de longues semaines d'hospitalisation. J'aurais boité. Une autre intervention chirurgicale, peut-être, aurait été programmée entraînant une nouvelle hospitalisation et de très lourdes conséquences humaines, accompagnées d'un coût considérable pour la collectivité. Ceci n'est pas une fiction. J'en veux pour preuve qu'à deux reprises j'ai eu au téléphone le président de la commission médicale d'établissement (CME) de deux grands hôpitaux généraux français. Ils ignoraient tout de mes malheurs. Quand je leur ai expliqué ma fracture, ils m'ont tous les deux dit : «Pauvre ami, vous êtes en extension ! ».

Les chirurgiens américains venus se former en France ont créé cinq centres de référence aux Etats-Unis. Quand une fracture de ce type se présente sur le territoire américain, il est proposé au patient de le transporter dans le centre le plus proche. Cette proposition est systématique. Autrement dit, ils ont créé un réseau de compétences qui n'existe pas en France au nom de la sacro-sainte liberté clinique. Chaque médecin décide seul, sans aucun contrôle, le sort de son patient.

Comme je vais mieux, en accord avec l'équipe médicale, je demande à sortir d'autant plus que les journées de la semaine sont bercées à partir de 7 heures du matin par des pelleteuses et des marteaux-piqueurs. Tout tremble et le niveau des décibels approche de la zone douloureuse, mais c'est pour une bonne cause : ces travaux concernent la modernisation des urgences de l'hôpital. Il était temps.

LA NUIT DES AUTRES

Pour ma rééducation, Je choisis un centre privé en banlieue parisienne que je venais de visiter quelques jours avant mon accident. Il me paraissait clair et bien équipé. Si j'avais choisi un autre centre, plus réputé, j'aurais dû attendre ma place éventuelle et serais resté à l'hôpital dans un lit cinq fois plus onéreux. Pourtant, personne ne vous oblige à choisir un autre établissement quand celui où vous souhaitez vous rendre n'a pas de place disponible or, en amont, les patients qui souhaitent être hospitalisés dans ce service de référence attendent plusieurs mois, sauf urgence, que des places se libèrent. Il existe de fait une chaîne entre les uns et les autres, personne ne la gère, même si les assistantes sociales passent leur temps au téléphone à rechercher des places. Qu'elle soit ou non fondée, la réputation des établissements varie d'un centre de rééducation à l'autre. Comme dans la plupart des cas, les soins sont totalement pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires, pourquoi quand c'est « gratuit » ne pas choisir le « meilleur » ? Nouvelle illustration de l'hypocrisie de la puissance publique qui laisse croire que, comme la qualité n'est pas mesurée, elle est partout la même. Quant aux patients qui demeurent dans un lit de chirurgie en attendant une place dans un centre de rééducation, ils seraient surpris d'apprendre que leur comportement a de lourdes conséquences médicales pour ceux qui attendent et financières pour ceux qui cotisent.

Je me retrouve ainsi par choix en banlieue Est. Quelques hectares de verdure me feront croire que l'on a enfin retrouvé la beauté et le calme de la campagne d'Ile de France d'il y a un demi-siècle même si ce n'est qu'un agréable décor. Je resterai cinq semaines dans ce centre. Les chambres sont grandes et donnent de plain-pied sur un jardin. Il est possible d'entrer dans sa salle de bain avec un fauteuil roulant, les volets se commandent du lit. La piscine et le centre de kinésithérapie sont adaptés aux malades pris en charge. Rien de luxueux cependant, la clientèle est celle de cette banlieue et d'une France d'aujourd'hui, de toutes les religions, de toutes les cultures et de

L'HOPITAL VU DU LIT

toutes les couleurs, plutôt modeste et colorée que bourgeoise et monochrome. Je ne sais pas encore que je suis entré dans une institution certes moins réputée que la précédente, mais où chacun semble accomplir ce que l'on attend de lui. Dans ce centre de rééducation, je découvre les réels bienfaits de la kinésithérapie et la surprenante connaissance de mon corps par « ma kiné ». Elle sait, avant moi, ce que je vais ressentir et ce dont je suis ou vais être capable. Beau métier, finesse psychologique, présence attentive pour chacun, réel dévouement, d'autant que les patients ne sortent pas tous d'un magazine de mode.

Les pensionnaires font salon dans le hall ou à l'entrée quand le soleil brille. Ils se retrouvent en kinésithérapie et, pour ceux qui peuvent s'y déplacer, à la salle à manger. Ce milieu fermé me remémore l'ambiance du vieux paquebot italien avec lequel, il y a bien longtemps, j'ai traversé l'Atlantique. Aujourd'hui, notre croisière se dirigerait plutôt vers le Purgatoire que vers le festival de Woodstock, mais c'est tout de même une croisière. On salue plusieurs fois par jour des visages qui deviennent familiers. On déjeune, on dîne avec des gens qui étaient, il y a peu, de parfaits inconnus. Nos misères respectives ne restent pas longtemps secrètes : « Vous, c'est bien les patins à roulettes ». J'opine et apprends que pour lui c'est un genou aux ligaments fragiles qui l'a abandonné en montant dans sa voiture. Nos vies se racontent en pointillés, sans fard.

Les week-ends sont nos escales, certains descendent à terre, les autres se serrent un peu plus les coudes. Très vite on apprend à ne plus juger sur la mine : un cancer se cache derrière un sourire, la forme physique apparente ne dit rien de la dégénérescence des cellules nerveuses, l'absolue solitude s'accompagne parfois du courage de la supporter.

Le centre protège, peu de pensionnaires sont pressés de sortir. L'angoisse c'est demain : la maison qui devient brutalement inhabitable du fait des escaliers, l'espace et le temps qui se transforment avec la difficulté de se mouvoir, l'image de soi qui se dégrade avec l'incontinence, l'indépendance qui s'évanouit, l'incertitude d'une éventuelle réponse aux

L'HOPITAL VU DU LIT

traitements qui est l'obsession cachée de la plupart. Certains passagers sont en effet hébergés ici entre des séances de radiothérapie des hôpitaux parisiens. Conduits tous les jours par des ambulances qui tentent de battre des records de vitesse « en pimponant » dans les embouteillages, ils en reviennent fatigués et tentent de lire dans le regard de leurs nouveaux compagnons s'ils tiennent encore le coup. D'autres restent alités. On les aperçoit dans leur chambre en roulant dans les couloirs. Plus gravement atteints, ils luttent contre la mort dans le silence ensoleillé de ce lazaret échoué à trente kilomètres de Paris. La Sécu fait beaucoup en n'ajoutant pas aux soucis de chacun des soucis d'argent !

La vie des autres ne se cache plus. Sans l'avouer nos routines journalières de bien-portants sont souvent faites pour ne rien savoir de la vie de ceux que l'on côtoie. Ici c'est impossible, même en se cloîtrant dans la chambre, les bruits du couloir disent beaucoup, l'imagination fait le reste.

Pour des visites de contrôle je reviendrai à l'hôpital.

La convocation pour la première consultation est au cinquième étage: taxi, béquilles, recherche de l'ascenseur, attente, montée, vingt mètres vers un guichet au cinquième où l'on me confirme que c'est bien là que je dois être. Nouvelle attente pour m'entendre dire qu'il faut redescendre à la caisse. Dans les hôpitaux publics l'ordonnateur (le directeur ou ses représentants) n'est pas le comptable. Il ne manipule pas d'argent, cette noble tâche est laissée aux fonctionnaires du Trésor. Bien entendu la caisse n'est pas à l'étage de la consultation d'orthopédie mais au rez-de-chaussée. Rebéquilles à petite vitesse, mobilité réduite oblige, ascenseur, couloirs, guichet barricadé où il faut glisser ses papiers pour, après vérification, s'entendre dire que la consultation est gratuite du fait de la lourdeur de l'opération subie. Retour cinq étages plus haut où l'on aurait pu savoir ce que je savais aussi - c'est à dire que la consultation était entièrement payée par l'assurance maladie - salle d'attente, bonne consultation.

Si le patient est « au centre du système de santé », étant donné la taille du centre, le cercle doit être très large!

L'HOPITAL VU DU LIT

Durant ce séjour, si j'ai été bien soigné, l'organisation hospitalière, au lieu de magnifier les talents de chacun, m'est apparue comme une barrière parfois infranchissable. Tout semble difficile pour ceux qui vous soignent, ce qui n'est pas sans conséquences pour les hospitalisés.

Si les individus ne sont pas ici mis en cause, qu'en est-il alors de l'hôpital que tous les gouvernements cherchent à adapter, à améliorer, à rendre plus efficace et plus proche du malade ? Qu'est-ce qui explique ce malaise ressenti durant ce séjour et vécu aussi par d'autres patients avec parfois des suites plus dramatiques que les miennes ? Où se cache le, ou les, contresens de plusieurs générations de responsables hospitaliers ? J'ai tenté dans les pages qui suivent de répondre à ces questions et entreprendre à la fois une critique et une autocritique des idées passées et présentes en la matière. J'ai en effet participé, notamment de 1981 à 1986, à plusieurs tentatives de réforme de l'hôpital. Pourquoi huit mois après cette chute, suis-je à la fois guéri, reconnaissant et furieux ? Furieux contre moi-même d'abord, mais aussi contre tous ceux qui continuent de prétendre qu'il ne s'agit qu'une question de moyens. Je pense que c'est d'abord une question de sens, puis d'organisation. Faute de sens, plus de moyens donneront encore moins de résultats !

2

**(Auto) Critique d'un quart de siècles de
réformes hospitalières**

Une passion hospitalière

J'ai visité des hôpitaux et des cliniques dans le monde entier. Il ne se passe guère de semaine sans que je franchisse les portes d'un établissement et pas uniquement pour des raisons professionnelles. Comme pour la plupart des Français (85%), mes deux parents y ont fini leurs jours. Chacune de ces visites là est restée gravée dans ma mémoire. Je me suis rendu aux urgences pour des contusions, douleurs et autres égratignures notamment, après des matchs de rugby ou des chutes de moto. J'ai accompagné des amis après des accidents domestiques et, comme beaucoup, rendu visite à des hospitalisés pour de plus longues durées ; bref j'ai, j'avais l'impression de connaître l'hôpital.

Quand j'ai écrit les premières lignes de ce texte et que le journal *Le Monde* en a publié des extraits, à la découverte de ce style inhabituel chez moi les professionnels de santé, les amis, les ennemis (il leur arrive d'écrire), les lecteurs de mes ouvrages d'économie politique réagirent de façon assez semblable. Les désobligeants laissèrent entendre que j'avais l'étonnement de Marie-Antoinette découvrant (enfin) les pauvres, les amis apprécièrent que je parle à la première personne de choses sensibles. Quant aux plus pratiques (assez nombreux) ils ont suggéré que « tous les hauts fonctionnaires travaillant dans le domaine de la santé se fassent hospitaliser avant de prendre leur poste ».

A dire vrai, cette unanimité m'a au premier abord agacé. Ne savent-ils pas que « connaître » a plusieurs sens ? Que l'on peut être un grand géographe, spécialiste de Madagascar, et « découvrir » cette île à chacun de ses voyages. La connaissance abstraite, aussi étendue soit-elle, ne dit rien de la moiteur de certains midis, de la douleur énervante des piqûres d'insectes, de la splendeur des orages tropicaux ou des couleurs que prend le ciel quand le soleil se couche. Savoir et ressentir ne sont pas des synonymes. S'agissait-il seulement de cette dualité entre connaissance abstraite et connaissance sensible ? Nos

UNE PASSION HOSPITALIERE

contemporains semblent préférer « découvrir » les triangles rectangles les uns après les autres, plutôt que d'apprendre le théorème de Pythagore, grand bien leur fasse ! Pourtant, il faut en voir beaucoup avant de « découvrir » que le carré de l'hypoténuse est égal au carré des deux autres côtés et encore, est-on jamais certain, au bout de milliers de triangles, d'y arriver?

Mais revenons à l'hôpital, à cette hospitalisation racontée et à mon analyse qui tente de comprendre non pas tant la douleur que la manière dont elle est prise en charge, non pas tant l'information mais ce qui m'est dit d'une part et ce que je perçois de l'autre. Pourquoi, au-delà de ce contrepoint, ai-je ressenti le besoin d'écrire un autre texte, un texte différent de par le style et l'implication personnelle ? Je crois que j'ai aussi « découvert » qu'un certain nombre de mes « évidences », de mes *a priori* culturels sur l'hôpital d'aujourd'hui, partagés par d'autres, étaient sans fondements. J'ai peut-être entraperçu quelques raisons de mes échecs et avec moi ceux de toute une génération de hauts fonctionnaires, le plus souvent « de gauche », mais pas toujours, qui a cru au management public, à la participation des agents au fonctionnement des entreprises d'Etat ou, pour utiliser un style encore plus anachronique, tout simplement au « service » de l'État.

Je fais encore partie de ceux qui ne tolèrent pas que l'on utilise le terme de « consommateur » quand il s'agit de « malade » ou de « patient ». Pourtant, des valeurs que je croyais universelles ne semblent plus l'être, des comportements usuels ne le sont à l'évidence pas toujours. Par exemple, pour commencer par des points mineurs: la plupart des personnes qui entrent dans votre chambre d'hôpital ne frappent pas à la porte et vous adressent la parole sans se présenter. Un vague badge, illisible sans lunettes, n'est pas un substitut d'humanité. Quand on parle de vous, on dit « lui » : « Est-ce que tu lui as fait sa piqûre ? » « Lui » n'est pas loin, mais « lui » n'existe pas vraiment.

Ce que l'on appelait la politesse, ne va plus sans dire. Au moins dans un commerce on vous dit « bonjour » et même si ce

L'HOPITAL VU DU LIT

bonjour est « commercial », il est indéniablement préférable à la brutale impolitesse publique, impunément pratiquée. « Je suis très heureux que tu aies pu percevoir une dimension à laquelle vous autres organisateurs de la santé, n'accordez peut être pas une attention suffisante, celle de l'incohérence professionnelle et de l'inhumanité des hôpitaux »¹⁵.

De nombreuses réformes, ou tentatives de réformes, n'auraient-elles pas échoué par contresens culturel ? Les infirmières, qui ont tenté de se démarquer de l'image des religieuses dévouées corps et âmes à leur malade pour leur salut éternel, affirment ne vouloir être: « ni nonnes, ni bonnes, ni connes », on les comprend, comme on les a soutenues, mais comment combler ce vide? En choisissant pour seul qualificatif celui de « cadre intermédiaire, bac+ 3 », des établissements de soins?

Le salariat, protégé par un statut de fonctionnaire ou une convention collective, est notre état et notre devenir. Est-il notre idéal ? Les Français se rêvent généreux, désintéressés, idéalistes, détachés de contingences matérielles... Depuis dix-sept ans, les sondages indiquent que notre concitoyen le plus populaire est l'Abbé Pierre¹⁶. Homme merveilleux, mais une exception plus que la règle, comme si les poissons avaient choisi pour leur idéal dans la gente ichtyologique un poisson volant. Ce n'est pas le genre le plus fréquent de l'espèce, mais il vole, le rêve ! Pourquoi donc ce décalage entre la France rêvée et la France réelle ? Ou, tout au moins, quelle conséquence cela a-t-il ? Peut-on encore, sans paraître ridicule et sans retourner aux dames patronnesses, collectivement bâtir sur des valeurs de partage, au-delà de la seule solidarité financière ? Que veut dire, dans la France de ce début du XIX^e siècle, « vivre ensemble »?

Ce livre est donc aussi une tentative d'analyse des échecs répétés des réformes hospitalières du dernier quart de siècle. Elles furent toutes d'inspiration de « gauche » que la droite ou la gauche parlementaire soit au pouvoir ; il n'y a pas eu durant

¹⁵ Lettre personnelle du professeur Boyan Christoforov, cité ici avec son autorisation.

¹⁶ Il a fait savoir cette année qu'il ne souhaitait plus y apparaître.

UNE PASSION HOSPITALIERE

cette période de réforme de « droite » et il est trop tôt en 2004 pour dire ce que fera dans ce domaine le Gouvernement Raffarin III. Comment donc des bonnes intentions tournent-elles à la catastrophe ? Comme à l'instar du personnage central du *Maître et Marguerite* de Boulgakov, pourquoi le diable en revenant sur terre pour faire le bien ne produit-il que des drames ? Ce ne serait pas l'enfer qui serait pavé de bonnes intentions, mais les bonnes intentions qui engendreraient l'enfer.

Ce livre enfin est une occasion de regarder en arrière, de retrouver peut-être un fil perdu en chemin, car de ce séjour je retire d'abord un sentiment d'échec personnel.

Il y a bientôt trente-cinq années, étudiant aux Etats-Unis, un de mes professeurs de l'université Cornell m'a convaincu d'écrire une thèse de doctorat portant sur l'organisation hospitalière. Rien ne m'y préparait. Si à 17 ans je n'avais plus pour ambition, comme à 10, de devenir pâtissier dans la marine par amour simultané des gâteaux et de la mer, j'envisageais sérieusement de devenir pilote de chasse. Un père antimilitariste et un mal de l'air tenace m'éloignèrent de cette vocation, née vraisemblablement de la lecture de *Buck Dany*. Je choisis alors de préparer le concours de l'Institut national agronomique (AGRO) pour tenter de rejoindre le corps des Eaux et Forêts. Je n'étais pas un jeune homme d'intérieur et j'imaginai que ces ingénieurs prestigieux, tout de vert vêtus, passaient une bonne partie de leur vie au grand air. Mon premier poste me conduisit dans la République du Niger, quatre années après son indépendance. Il me transforma plus qu'aucune étude ne le fit. Je découvrais une autre culture et d'autres valeurs, réalisant ainsi la très grande relativité de celles, qu'une forte éducation catholique m'avait inculquées au point de me les faire considérer comme universelles. Je découvris également qu'il n'était pas très difficile de planter des arbres ou de construire des barrages. En revanche, il était bien délicat d'éviter que le jeune bois ne serve au chauffage avant que l'arbre ne parvienne à maturité et quasi-

L'HOPITAL VU DU LIT

impossible de transformer des éleveurs en agriculteurs¹⁷ et des agriculteurs en maraîchers. Je commençais donc à lire des ouvrages d'ethnologie pensant que cela me donnerait un truc, une clé magique, pour résoudre le problème que j'avais à résoudre. Des ethnologues venaient de remettre un rapport à l'institution pour laquelle je travaillais. J'appris beaucoup sur les liens de parenté des Haoussas, mais ne trouvai pas la solution à mon problème, ni en les lisant ni en me plongeant plus tard dans Claude Lévi-Strauss ou Margaret Mead. Un an après, à peine un tiers des surfaces irrigables du périmètre dont je m'occupais étaient utilisées.

De retour à Paris, j'avais en tête d'approfondir mes très superficielles connaissances en sciences humaines pour tenter de comprendre ces premières confrontations entre la pensée technique et l'organisation sociale, clairement au détriment de la technique. Un de mes professeurs, Lionel Stoleru, me fit découvrir que les universités américaines étaient plus souples que les universités françaises pour ceux qui souhaitaient entamer un nouveau cursus à 25 ans. Je choisis l'université de Cornell, notamment, pour son excellence en économie agricole. Un cours reçu au département de sociologie m'entraîna vers l'atmosphère plus confinée des hôpitaux. En effet, le professeur de sociologie des organisations dont je suivais la classe menait d'importantes recherches sur les hôpitaux américains. Il me demanda de travailler avec lui cet été-là. Je n'avais pas d'autres projets. J'acceptai.

Cette enquête sur le terrain fut mon premier contact avec les hôpitaux américains. Etonnant ! Au Texas, un chirurgien, qui fumait le cigare en opérant, disposait d'une infirmière préposée à la prévention des chutes de cendres sur le champ opératoire. Dans le même Etat, un soir, le « Frenchy » que j'étais fut invité à un barbecue. Comme la viande mettait un peu de temps à griller, semble-t-il par manque d'aération de l'appareil, la solution fut immédiate : l'un des hôtes sortit son colt et

¹⁷ Ce n'est pas parce que les agriculteurs européens et asiatiques sont aussi éleveurs que c'est la règle sur tous les continents et à toutes les époques de l'histoire.

UNE PASSION HOSPITALIERE

déchargea son six coups dans les plaques de taule, geste qui, à l'évidence, était aussi naturel que, pour nous, de prendre une chignole. Effectivement ça donne aussi de l'air ! Plus tard, je fus invité à une chasse au raton laveur en voiture tout-terrain. Pas particulièrement craintif, je manifestai cependant une claire appréhension quand le chauffeur me passait son fusil sous le nez et tirait en conduisant (bruit assourdissant, odeur de poudre et embardées garantis). Il semblait ravi !

Dans la partie pauvre de l'Etat de Pennsylvanie, le long de la zone minière de la chaîne des Appalaches, un médecin portugais, récemment immigré, émit quelques doutes sur la compétence de ses confrères : « Si certains ont entendu parler de l'aspirine, c'était quand ils étaient à l'école, depuis ils ont tout oublié ». Je découvrais ce pays exotique et ses établissements de soins. J'en ai retiré que je préférerais, si j'avais à choisir, être admis au hasard dans un hôpital français que dans un établissement américain : tous ne sont des centres d'excellence, les institutions de référence mondialement connues, données en modèle aux gestionnaires du monde. Aux Etats-Unis, il y a différentes catégories d'hôpitaux et aussi différents accueils selon la nature de votre assurance et les possibilités de votre carte de crédit. Sans caricature, les hôpitaux publics des différents États de l'Union sont des hôpitaux pour pauvres. Faute de crédits budgétaires, ils ont du mal à recruter les meilleurs médecins dans un pays où ils sont, toute proportion gardée, moins nombreux qu'en France.

Je prenais goût à ces allers et retours entre le sérieux de l'équipe de recherche et le terrain de ce pays si multiple. Je commençais à m'intéresser aux hypothèses de l'enquête et aux méthodes d'analyse des données. Celui qui allait devenir mon « patron » de thèse m'encouragea à préparer un doctorat, même si j'étais persuadé que cela nuirait plutôt à ma carrière administrative. Mon corps de (fonctionnaires) m'oublia pendant deux années dans les neiges du nord de l'Etat de New York et me demanda un beau matin de revenir *sine die* alors que je terminais ma thèse. Je faillis démissionner, cela s'arrangea. Je fus un jeune fonctionnaire très mal noté, mais je pus disposer

L'HOPITAL VU DU LIT

des trois mois qui m'étaient nécessaires pour achever de très nombreuses analyses statistiques portant sur près de cinq cent hôpitaux américains. Elles cherchaient à élucider le rôle joué par les innovations dans les luttes de pouvoir interne de ces établissements. L'une de mes conclusions fut que les innovations ne sont mises en place que si elles confortent, ou tout au moins ne remettent pas en cause, le pouvoir de ceux qui décident, y compris quand il s'agit de santé. L'innovation n'est jamais neutre.

Depuis, je n'ai plus quitté ce monde¹⁸: enseignant et chercheur aux Etats-Unis, chercheur à l'École Polytechnique, cadre à l'Assistance publique de Paris dans les années 1970, directeur des hôpitaux au ministère de la Santé, créateur d'une société de conseil qui avait plus de six cents références hospitalières quand je l'ai quittée, de nouveau professeur en économie et gestion des services de santé, auteur de plusieurs ouvrages sur l'hôpital, ce secteur me passionne toujours. Il me paraît, plus qu'un autre, révélateur du fonctionnement de nos sociétés modernes car, quelle que soit la question que l'on traite en politique de santé ou, plus modestement en gestion hospitalière, on ne peut en ignorer la dimension éthique, scientifique, sociale ou économique. Les classes préparatoires, l'Agro et l'école du Génie rural des eaux et des forêts, me donnèrent une formation en biologie fondamentale suffisante pour me permettre de me forger une opinion personnelle dans les controverses scientifico-politiques actuelles. Elles ne manquent pas : clonage, manipulations génétiques, listériose, maladies nosocomiales...

Mon intérêt pour l'hôpital n'est pas qu'intellectuel, il est aussi politique. Au-delà des déclarations de bonnes intentions, qu'en est-il de la solidarité et du service public ? Y a-t-il un progrès au-delà des évidentes prouesses techniques, dont celles dont j'ai pu bénéficier ? La crise de l'hôpital n'est-elle pas l'un des signes d'une crise profonde de la société ? Pourquoi nous sommes-nous trompés ?

¹⁸ A l'exception de quelques mois de mai à novembre 1981 durant lesquels je fus le premier conseiller agricole de Pierre Mauroy.

Une bureaucratie au service de ses agents

A plusieurs reprises, au cours de ce séjour à l'hôpital, j'ai eu un sentiment de la déliquescence de l'institution. Je ne sais pas comment cette image m'est venue à l'esprit, mais j'ai immédiatement pensé à l'Afrique sub-saharienne des années 1960. L'élite africaine, comme les cadres supérieurs de la coopération française, était à l'époque le plus souvent de grande qualité, mais l'organisation de la banque où je travaillais, comme celle du pays tout entier, se délitait déjà. L'élite justement ne semblait plus vouloir se battre pour qu'elle fonctionne. La « famille » des cadres africains était déjà pesante, la légitimité des coopérants s'amenuisait et ils s'en allaient poursuivre leur carrière ailleurs. La bureaucratie, dans son côté le plus absurde, commençait à régner. Chaque tenant d'une parcelle d'autorité tentait de la détourner à son profit. Les discours grandiloquents, marxisto-africains, déclenchaient des sourires mêlés de condescendance. Nous ne devinions pas encore que, derrière l'aspect grotesque de ces harangues, pouvait se dissimuler le drame. L'essentiel s'en allait. Déjà en 1967, la situation me paraissait désespérée.

Bien entendu, il ne faut pas pousser trop loin cette analogie. L'élite semble encore vouloir se battre, mais j'ai vu dans les yeux des hospitaliers, et pas des moindres, se manifester pour d'autres raisons, ce même dangereux fatalisme, ce même retrait : du moment qu'ici ça marche, parfois très bien, je ne vais pas consacrer du temps, de l'énergie au monstre qui va me dévorer. J'ai eu l'impression de m'entendre confier : « Je sais ce que vous ne dites pas, j'en souffre plus que vous, j'ai heureusement des projets ailleurs. Qu'ils se débrouillent !... »

Quelle déception que celle des médecins qui ont dans les années 1960 choisi le temps plein à l'hôpital public et partent à la retraite en ayant le sentiment de laisser une institution plus mal en point que celle qu'ils ont connue au début de leur carrière ! La flamme réformatrice ne semble pas encore très vive chez leurs successeurs. En attendant, comme ils disent : « Nous

L'HOPITAL VU DU LIT

faisons de la recherche et de la médecine ». Mais là où le bât blesse, c'est que la qualité de la médecine dépend de plus en plus de l'organisation hospitalière, les qualités individuelles d'expertise et de compassion ne suffisent plus, même si elles restent essentielles. L'hôpital se fossilise. Pourquoi ?

A l'hôpital cohabitent deux forces. La plus ancienne, celle du corps médical, n'a pas vu, contrairement à ce qu'elle prétend, son pouvoir s'amenuiser au cours de ces trente dernières années, mais elle a dû partager sa toute-puissance avec celle des syndicats. Comme il est impensable, quand on est progressiste, de critiquer l'importance des « forces sociales », surtout quand leurs méthodes peuvent servir à conforter le pouvoir médical, la montée du pouvoir syndical s'est traduite dans le corps médical par du ressentiment à l'égard des gouvernements successifs et par une critique virulente de l'« administration ». Il fallait trouver un bouc émissaire. Il est également arrivé que le conservatisme de quelques grands patrons se soit allié à celui de certains syndicats de l'autre bord de l'échiquier politique pour que rien ne change. C'est cette cohabitation non régulée entre pouvoir médical et pouvoir syndical qui, pensons-nous est à l'origine de cette déliquescence de l'institution.

Loin de moi l'antienne classique de l'anti-syndicalisme qui remet en cause la légitimité syndicale au nom du faible nombre d'adhérents, notamment chez les infirmiers! Les syndicats sont essentiels au fonctionnement de l'hôpital, comme à celui de toute entreprise, mais à condition qu'ils aient à négocier localement autre chose que leur représentativité et leur nombre de permanents. Sans forcer le trait, les Gouvernements successifs ont préféré la paix sociale à la justice sociale, paix octroyée et non pas négociée localement. On a également cru, j'en étais, que la participation du personnel à la gestion rendrait l'hôpital plus humain car d'autres points de vue que celui des médecins et de l'administration seraient défendus. Les idées d'autogestion n'étaient pas loin. Force est de constater que, tel que le système actuel fonctionne, les syndicats ne défendent ni les malades, ni l'hôpital, mais leurs intérêts. Il arrive aussi que sans contre-pouvoir, ils abusent du leur. Ce n'est pas l'idée de

UNE BUREAUCRATIE AU SERVICE DE SES AGENTS

participation qui est critiquée ici, mais les conditions de sa mise en œuvre à l'hôpital public, surtout depuis les lois de 1991.

Commençons par une anecdote d'ambiance. Il y a quelques années, à la demande de la direction générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), j'ai accepté de jouer le rôle de médiateur entre la Direction Générale de cette institution et le comité de défense de l'hôpital Saint-Vincent de Paul dont l'avenir était pour le moins incertain. J'ai eu carte blanche de la Direction générale pour mener cette mission.

Il existait sur place un imposant comité de défense associant le personnel, les familles des malades et les élus du quartier, la CGT en était le moteur. Il redoutait que le site soit fermé et que le terrain soit vendu pour renflouer les caisses déjà déficitaires de l'AP-HP. Après avoir expliqué au responsable de ce syndicat qu'il n'était pas le co-rédacteur de mon rapport, entreprise longue et pénible, la CGT a accepté, en me donnant l'impression qu'elle me faisait une faveur, d'être entendue comme les autres syndicats de l'hôpital Saint-Vincent de Paul. Si les entretiens successifs se sont déroulés entre moi-même et les représentants locaux des autres syndicats (de deux à quatre personnes) comme il se doit, la « délégation » de la CGT était composée le jour de l'audition de quarante personnes ! Notre réunion allait être ainsi plus « démocratique ». Comme nous ne pouvions pas tous tenir dans la salle mise à ma disposition, nous avons passé une bonne heure sous la pluie à trouver un endroit qui pouvait nous accueillir tous.

Une salle s'ouvre après que l'on ait pu trouver le porteur de la clé de l'armoire aux clés. Chacun enlève son manteau de pluie, s'ébroue, s'installe. La réunion peut commencer. Après les introductions d'usage, une première question m'est posée :

« Monsieur, quelle commission touchez-vous sur la vente du terrain de l'hôpital?¹⁹ »

¹⁹ Trois hectares dans le quatorzième arrondissement de Paris, beau terrain.

L'HOPITAL VU DU LIT

Jusque là je n'étais qu'humide et agacé, je suis surpris et lui réponds :

« Madame, votre question est idiote et désobligeante. Elle est idiote car aucune des réponses que je vous donnerai ne vous satisfera. Elle est désobligeante, car vous remettez en cause mon honnêteté sans raison. Si vous avez des preuves objectives qui justifient vos dires, faites-les nous connaître, sinon retirez votre question.

- Votre réponse me suffit , me dit-elle.
- Pas la vôtre, répliquai-je. S'il vous plait, retirez votre question!.
- Non, votre réponse me suffit ».

Je repris mes dossiers et quittai une séance qui avait duré moins de cinq minutes. Je n'ai jamais su ce que la CGT pensait de l'avenir de l'hôpital Saint-Vincent de Paul.

Si je raconte ici cette histoire, c'est que j'étais à l'époque le seul à m'étonner de ce comportement : intimidation par le nombre, agression verbale, pressions répétées avant la séance pour me mettre en condition, une forme de comportement que partout ailleurs on qualifierait de « mafieuse ». Apparemment, pour tous les autres, c'était un comportement ordinaire dont plus personne ne s'offusquait. Faut-il rappeler, qu'étant dans la fonction publique, il n'y avait aucun danger de licenciement ou de remise en cause d'un quelconque avantage acquis pour qui que ce soit ?

Au XIX^e siècle, l'hôpital était une institution sociale prenant en charge les malades pauvres, et le plus souvent âgés, de la commune. Si, depuis l'hôpital s'est profondément transformé, le maire en est demeuré le président du conseil d'administration. Ce président sans pouvoirs, ils sont aux mains de l'Etat, n'est toutefois pas sans influence. Dans un hôpital de la banlieue parisienne jamais, pendant les trois mandats du maire, le conseil de discipline n'a jamais prononcé de sanction quelconque à l'égard d'un agent malgré l'existence de faits qui auraient dû y conduire. Peu importe les couleurs politiques de ce maire, les plus libéraux d'entre eux apprennent vite l'importance

UNE BUREAUCRATIE AU SERVICE DE SES AGENTS

électorale de l'hôpital, le plus gros employeur de la commune. Sans pouvoir de décision, le maire, président du conseil d'administration, donne un avis en privilégiant toujours l'aspect social. Il est souvent suivi d'effets car le directeur de l'hôpital²⁰, qui détient le pouvoir formel, sait qu'il lui doit sa nomination. En effet, quand le poste de direction est vacant, le maire fait une enquête approfondie sur les candidats. Il consulte le président de la commission médicale de son établissement qui s'empresse de téléphoner à son collègue de l'hôpital où le candidat est encore en poste. Une réserve, un « il n'aime pas les médecins », et la candidature est enterrée, quelles que soient les qualités de gestionnaire de l'intéressé. Le maire demande également son opinion au syndicat majoritaire pour savoir si le candidat a de « bonnes relations sociales ». Une telle méthode de recrutement favorise les conformistes, les prudents.

L'efficacité du futur directeur et l'économie des deniers de l'assurance maladie n'entrent guère en ligne de compte dans ce choix : le maire désire la paix sociale et recherche une certaine « compréhension » de son directeur pour les recrutements, notamment ceux des agents peu qualifiés qui dépendent des décisions du directeur. Les deux forces doivent être respectées, sans affrontement. Dans le même domaine, les primes de service, moyen d'intéresser, d'inciter, de reconnaître, le dévouement de tel ou tel agent, sont détournées de leur objectif. Les syndicats plaident et obtiennent parfois que tous aient la même prime et presque toujours qu'elle soit peu modulée. La prime devient un complément de salaire.

L'irresponsabilité du maire, au sens juridique du terme, explique ces comportements et engendre le laxisme. Il ne s'agit pas des personnes, bien entendu car la très grande majorité des maires sont, par ailleurs, des gestionnaires avisés des deniers communaux. Ils rendent chaque année des comptes à leurs

²⁰ Le corps de direction des établissements de soins est un corps de fonctionnaires. Il relève du titre IV de la fonction publique, titre consacré à la fonction publique hospitalière. A l'exception des postes de Paris, Lyon et Marseille qui sont à la disposition du gouvernement, il fait partie de ce corps pour être nommé directeur d'un hôpital.

L'HOPITAL VU DU LIT

administrés et savent que ceux-ci en tirent des conséquences au moment de leur vote. Pourquoi seraient-ils rigoureux à l'hôpital quand ils peuvent être « sociaux » à moindre frais sur le dos de la bien nommée Sécurité sociale ? En effet, cette générosité n'a aucune conséquence politique, juridique ou économique tangible.

Un tel système, bâti sur la régulation par la seule vertu des acteurs est pour le moins onéreux. Au début de la Troisième République, les parlementaires se sont posé la question de savoir s'ils devaient être rémunérés. Une remarque de l'ambassadeur du Royaume-Uni en France aurait, paraît-il, fait basculer l'opinion : « Si vous ne les payez pas cela vous coûtera très cher » . N'en serait-il pas ainsi des présidents bénévoles des conseils d'administration des hôpitaux ?

Les deux grandes forces de l'hôpital s'évitent. La vie institutionnelle à l'hôpital public n'est qu'un jeu de rôle, sans prise sur la réalité. Elle est de fait organisée pour que les sujets relatifs à l'organisation du travail ne soient pas traités en dehors des services. Les médecins n'abordent jamais ces questions avec les autres catégories d'agents. Ce serait en principe envisageable : un médecin participe au comité technique d'établissement (CTE) et un représentant des autres catégories de personnel participe à la commission médicale d'établissement (CME). Ils y sont en général, l'un et l'autre, silencieux. Chacun joue seul une partition : au CTE les questions de condition de travail (et pas d'organisation du travail), à la CME les affaires médicales (mais pas le fonctionnement des services). Pourtant, comme l'indique Robert Holcman²¹, la coordination des tâches des uns et des autres est essentielle. « La principale difficulté vient de ce que toute rationalisation du travail dans les services de soins passe par l'assujettissement de l'emploi du temps des médecins à celui des équipes de soins s[...] il y a donc contradiction entre l'autonomie revendiquée dans l'exercice de l'art médical et la vocation à diriger, déterminée par le type de

²¹ Robert Holcman, « Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agents », *Gestions hospitalières*, décembre 2002.

UNE BUREAUCRATIE AU SERVICE DE SES AGENTS

structure dans lequel s'exerce cet Art [...] L'inorganisation de la transmission d'information et sa validation permanente constituent un facteur de stress et d'épuisement pour les agents qui y sont astreints [...] C'est l'inorganisation du travail qui contraint les emplois du temps ».

Le plus préoccupant, ce ne sont pas ces réunions orwelliennes où l'on ne parle que d'avantages acquis, de congés, de voyages et bonifications pour les agents des départements d'outre-mer travaillant en métropole, mais l'absence de confrontation entre le corps médical et les autres employés de l'hôpital. Deux mondes se côtoient, chacun a sa logique, toutefois il n'y a aucune raison de penser que la résultante entre la recherche de l'intérêt des médecins d'une part et de l'intérêt des autres agents de l'autre part produise une organisation qui soit construite dans l'intérêt du malade. Une étude récente, réalisée à l'hôpital d'Arras²², montre ainsi que les infirmières passent moins de huit minutes avec chaque malade durant leur journée de travail de huit heures.

Un directeur d'établissement qui vient de quitter un hôpital vétuste pour un établissement ultramoderne, avec, notamment, une crèche exemplaire et un restaurant du personnel luxueux, raconte que les revendications du CTE sont absolument identiques dans ce deuxième établissement, en dehors donc de toute considération pour des réalités profondément différentes !

Cette prévalence politique d'une certaine conception du « social », sur toute autre considération, à commencer par les soins prodigués aux malades, n'a pas loin s'en faut, que des manifestations locales. Elle s'est récemment confirmée à l'échelon national lors de la mise en œuvre de la réduction de la durée hebdomadaire du travail à 35 heures. Rentrons un peu dans les détails pour en saisir l'enjeu. Nommé à la direction des hôpitaux en novembre 1981, je dus mettre en place les 39 heures. Une enquête, réalisée à ma demande par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), démontra alors que la

²² Etude réalisée par M. Dericquebourg, infirmier général. Les infirmières ont la responsabilité de 15 malades.

L'HOPITAL VU DU LIT

durée réelle du travail variait, selon l'établissement, pour l'ensemble du personnel, de 33 heures 30 à 41 heures 30 (la durée légale). La moyenne effective pour la trentaine d'établissements étudiés était de 37 heures 30 ! Une grande générosité sociale, pour ne pas parler de laxisme, était déjà apparue dans les hôpitaux à la fin des années Pompidou (1973). Toujours est-il que huit ans plus tard, les instructions de Pierre Mauroy et de son conseiller social, Bernard Bruhnes, étaient sans ambiguïté : il s'agissait bien de mettre en place une durée de 39 heures, pas de réduire de 2 heures 30 la durée effectivement pratiquée. Le ministre de la Santé, Jack Ralite, tenta un instant d'être plus généreux en évoquant déjà les 35 heures. Je l'en dissuadai, il savait qu'il perdrait en arbitrage. On ne parla plus des trente cinq heures pour quelques lustres.

Le repas sur le temps de travail était également explicitement exclu et nous insistions beaucoup sur la réduction des chevauchements entre équipes. Ce sujet peut paraître technique, il n'est pas anodin. 70% des dépenses hospitalières sont des dépenses de personnel. Le travail est organisé en trois équipes : l'équipe du matin concerne 50% des agents, celle de la veille (l'après-midi) 30% et celle de la garde (la nuit) 20%. Si le chevauchement entre l'équipe du matin et l'équipe de l'après-midi est d'une heure trente, voire de deux heures, 80% des agents sont donc présents entre 13 heures et 15 heures, ce n'est pas la période la plus active de l'après-midi. Une demi-heure de chevauchement suffit, surtout quand l'équipe est nombreuse²³. Dans beaucoup de cliniques privées, certaines catégories de personnel n'en bénéficient pas et pratiquent les « horaires coupés ». Le personnel travaille, par exemple de 7 heures à 12 heures et de 15 heures à 17 heures ce qui est très dur et conduit souvent les employés à rester sur place. 6 000 emplois furent créés en 1982 pour l'application des 39 heures, alors que la baisse systématique de deux heures trente aurait conduit à en créer un peu plus de 20 000. Il est vrai que j'avais promis une

²³ Une réduction des chevauchements d'une heure augmente la productivité de l'hôpital de 7,5% !

UNE BUREAUCRATIE AU SERVICE DE SES AGENTS

inspection systématique de tous les hôpitaux qui demandaient des emplois nouveaux. Cela modéra les ardeurs.

Faisons un bond jusqu'à l'été 2002. Elizabeth Guigou, ministre des Affaires sociales, annonce au début septembre, avant toute négociation, qu'elle a obtenu du Premier ministre la création de 40 000 postes, chiffre qui fait non seulement l'hypothèse de l'identité des conditions de travail dans tous les établissements hospitaliers, mais encore que l'on y travaille partout 39 heures. Chacun sait pourtant que les conditions de travail sont restées hétérogènes. Par ailleurs, le marché de l'emploi, notamment des infirmières, est à cette époque tel qu'il ne va pas permettre de pourvoir aux créations annoncées.

Une manifestation nationale, même pas un mouvement de grève, conduit après négociation avec la ministre, à l'annonce de la création de 45 000 postes²⁴ et à la prise en compte, au moins à Paris, du repas sur le temps de travail ! La durée réelle du travail devient donc de 32 heures 30, à supposer que le repas ne dure qu'une demi-heure. Quelle faiblesse ! Peut-on oublier quand on assume la responsabilité des Affaires sociales que les cotisations sociales sont durement gagnées chaque jour par chaque cotisant et que la solidarité entre les Français ne peut tenir à terme que si elle est construite sur la rigueur ? Le pire, le plus étonnant, si c'est possible, fut que cette réduction de la durée du travail s'est aussi appliquée au corps médical. Cette généralisation implique que les médecins ne sont donc pas des cadres dirigeants mais des employés comme les autres. En quelques décennies, les médecins hospitaliers sont passés du statut de profession quasi exclusivement libérale à celui de salarié auquel s'applique le même droit du travail qu'aux autres catégories d'agents de l'hôpital public. Il est étonnant et très significatif qu'il n'y ait aucune réaction. Quelle évolution ! Et, comme un malheur n'arrive jamais seul, cela s'est produit au moment où le gouvernement français acceptait de transposer l'application d'une directive européenne qui plafonne la durée hebdomadaire du travail à 48 heures. En 2002 les médecins hospitaliers travaillaient en moyenne une cinquantaine d'heures. Quelle

²⁴ 5 000 de plus

L'HOPITAL VU DU LIT

baisse programmée! Quelle efficace et soudaine organisation administrative de la pénurie ! D'autant que, contrairement à l'opinion que s'en font beaucoup de Français, la rémunération des médecins hospitaliers avait très fortement augmenté²⁵. A 50 ans un médecin hospitalier gagne plus qu'un préfet, un professeur d'université ou un ambassadeur de France, provisoirement en poste à Paris.

Les signes politiques de ces choix onéreux ont été entendus de tous les hospitaliers car si, de travailler moins constitue un « progrès », une « avancée sociale » c'est donc que le travail est aliénant. Le patient est donc soigné par des hommes ou des femmes implicitement aliénés dont les seuls moyens de se « réaliser » proviennent de ce qui se passe hors temps de travail !

L'élite républicaine des directeurs d'hôpitaux et des chefs de service n'a pas son mot à dire car les négociations sont nationales. La vie sociale locale n'est que gesticulation, les choses sérieuses se passent à Paris. L'élite locale est de fait discréditée. Mais ce discrédit n'est-il pas nécessaire pour que coexistent le pouvoir médical et le pouvoir syndical sans affrontement permanent sur le terrain ? Il est indispensable pour cela que les décisions se prennent ailleurs.

La prédominance du « social » l'emporte sur toute considération de l'équité. En effet, les inégalités entre établissements, non seulement perdurent, mais se renforcent puisque les postes créés en application de la baisse de la durée du travail sont affectés au prorata des emplois existants. Le gouvernement ne s'est pas saisi de cette occasion unique pour tenter de réduire les inégalités de dotation entre hôpitaux. Elles étaient considérables, elles se sont mécaniquement accrues. Le discours sur la réduction des inégalités est vide de sens quand les grandes occasions de les réduire ne sont pas saisies. Le coût collectif est considérable. Comme l'économie garde, même

²⁵ Entre 1980 et 2000, le revenu imposable des fonctionnaires est passé de l'indice 100 à l'indice 109, celui des employés du secteur privé de l'indice 100 à l'indice 111 et celui des médecins hospitaliers de l'indice 100 à l'indice 165, ceci donc avant les augmentations récentes.

UNE BUREAUCRATIE AU SERVICE DE SES AGENTS

quand on l'ignore, son mot à dire, la pénurie administrée crée un marché parallèle. Pour permettre aux établissements de fonctionner, certains agents salariés ici réalisent des vacations hebdomadaires là, sans que les directeurs d'établissements qui, à juste titre, privilégient la continuité du service, soient trop sourcilleux sur l'application du droit du travail.

La productivité des hôpitaux publics baisse d'environ 7% par an depuis trois ans. Nous ne disposons pas de mesure objective de la qualité, mais rien ne laisse penser qu'elle s'améliore.

Le pouvoir médical demeure. Sa première manifestation est la totale liberté clinique des praticiens, en dépit de nombreux discours sur la qualité des soins. Mais qu'est-ce que la « qualité » quand personne ne définit et ne la contrôle ? Cela me scandalise depuis de très longues années alors que, avec d'autres, je démontre que les Français, selon leur lieu de résidence et leur point d'entrée dans le système de santé, ne bénéficient pas de manière équitable des progrès de la médecine. Dans le Carnet de santé de la France en 2003²⁶, l'équipe du professeur Rodrigues, de l'université de Saint-Etienne, a montré que, pour un nombre identique d'infarctus du myocarde, l'utilisation des techniques modernes de « cardiologie interventionnelle » variait de 1 à 16 selon le département ! (Pas de 16%, de 16 fois : soit 1 600% !).

C'est la raison qui fondait mon profond désaccord avec le professeur Mattei, ministre de la Santé des gouvernements Raffarin I et Raffarin II. Il pensait que la confiance seule suffisait. Heureusement qu'un ministre a confiance en ses médecins, comme un chef d'entreprise en ses employés, mais la confiance, à l'évidence, ne suffit pas. Les médecins ne peuvent plus tout connaître, peuvent-ils encore tout prescrire ? Doit-on laisser tous les orthopédistes réaliser tous les actes alors qu'ils n'ont l'occasion de pratiquer certains d'entre eux que trois ou quatre fois par an et ne peuvent donc pas parfaitement les maîtriser ? Pourquoi ne pas organiser dans ce cas, comme aux

²⁶ Jean de Kervasdoué, le Carnet de santé de la France en 2003, rapport publié sous l'égide de la Mutualité française, Dunod, 2003.

L'HOPITAL VU DU LIT

Etats-Unis, quelques centres de référence et y conduire les patients ? Faut-il ne rien dire, ne rien faire, quand un urgentiste, après avoir recommandé à un spécialiste de la chirurgie du cotyle un enfant de 15 ans, l'appelle une heure plus tard en s'excusant : les orthopédistes de l'établissement où se trouve l'enfant ont décidé de le garder pour le mettre en extension. Chacun comprend à demi-mot que le jeune sportif peut tirer un trait sur ses performances, mais personne ne dira rien et surtout pas l'intéressé et sa famille qui ignorent qu'il aurait pu être pris en charge autrement. Au moins en France, n'y a-t-il pas d'incitation négative. En Belgique, les chirurgiens sont payés une fois pour mettre la jambe en extension, une autre fois pour intervenir après consolidation. Il y a très peu de reconstitution immédiate du cotyle !

La liberté (absolue) de prescription reste un des fondements de la déontologie médicale française. Malheureusement, car cette liberté est aussi onéreuse que dangereuse. Il est criminel, je pèse mes mots, de ne pas s'assurer du bien-fondé des pratiques cliniques et de leur qualité. Il s'agit de la vie et parfois de la mort de nos concitoyens ; il s'agit aussi, même si cela paraît plus mineur, de l'argent des assurés sociaux, gagné à la sueur du front de tous ceux qui cotisent. Par exemple, les médecins des trois grandes caisses d'assurance maladie viennent de démontrer²⁷ qu'en pratiquant la chirurgie de jour sans hospitalisation pour seulement cinq activités chirurgicales « ...les économies potentielles calculées à partir des données 2001 sont estimées entre 64 et 101 millions d'euros ». Pourquoi n'écrit-on pas à ceux qui pratiquent autrement ? Pourquoi les laisse-t-on faire ? A l'évidence, l'information et la formation ne suffisent pas. C'est de plus de la non-assistance à personne en danger car, outre les économies induites par la chirurgie de jour, les hôpitaux sont et resteront des endroits dangereux, il faut y rester le moins longtemps possible.

²⁷ Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), Mutualité sociale agricole (MSA), Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM), *Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire*. Programme national inter-régimes, Paris, 2003.

UNE BUREAUCRATIE AU SERVICE DE SES AGENTS

Ces deux forces ont besoin de la centralisation pour se maintenir. Les syndicats représentant les médecins hospitaliers se battent toujours pour que les chefs de service soient nommés par le ministre de la Santé : sans l'abolition de cette pratique d'un autre âge, aucune réforme ne se fera. « La France [est] une sorte d'Union soviétique qui aurait réussi » a dit Jacques Marseille²⁸. Le fait qu'elle ait réussi était peut-être vrai il y a vingt ans. Aujourd'hui notre pays meurt des mêmes maux que cet empire longtemps vermoulu avant de disparaître. Ron Amann²⁹, grand spécialiste des questions soviétiques craignit de se trouver au chômage quand l'empire du même nom vint à sombrer. Travaillant pour le Gouvernement de sa majesté la Reine de 1994 à 2002, il découvrit la grande pertinence des concepts mis patiemment au point par les kremlinologues pour comprendre la bureaucratie britannique. Les mêmes idées s'appliquent mot pour mot aux hôpitaux français.

Comme en Union soviétique, l'hôpital est une institution planifiée. Nous verrons plus loin que l'économie ne joue pratiquement aucun rôle direct dans son fonctionnement. Ce qui compte donc ce sont les ressources physiques : les lits, les « équipements lourds », le personnel. Le système est pyramidal : tout part du Ministère, puis passe aux régions (les agences régionales de l'hospitalisation : ARH), redescend aux hôpitaux pour être enfin affecté à chaque service. Chaque échelon du dessus laisse croire qu'il contrôle le niveau du dessous. Pour Amann, si le système soviétique a fini par s'effondrer, c'est parce que « aucun échelon de l'administration [soviétique] ne savait ce que faisait ou était capable de faire le niveau d'en dessous. La périphérie savait que le centre ne savait pas et le centre savait qu'ils savaient. Autour de cette base fondamentale de malhonnêteté s'est bâtie une série de contrôles et de

²⁸ Jacques Marseille, « Il manque à la droite d'être de droite... », *Le Monde Économie*, 31 mars 2004.

²⁹ Ron Aman, « A Sovietological View of Modern Britain », *The Political Quarterly*, Volume 74, N° 4 October-December 2003, Oxford.

L'HOPITAL VU DU LIT

stratagèmes qui ont conduit à mettre à genoux le système social dans son ensemble³⁰ ».

En attendant cet effondrement, en France, les objectifs et les « priorités » (une vingtaine en 2003, en attendant les 100 « programmes » de la loi santé publique) sont suffisamment nombreux pour que chacun puisse bâtir un rapport d'activité présentable, pour que les couloirs et les relations se substituent à l'évaluation, pour que la menace de grève fasse céder le plus zélé des technocrates, pour que la flagornerie (*podména* pour les kremlinologues) reste impunie : « Le ministère ne se trompe jamais » rétorque un inspecteur de l'action sociale à un directeur d'hôpital. Il y a plus de vingt ans, consultant les directeurs d'hôpitaux sur la question, toujours non résolue de l'informatique hospitalière, l'un d'entre eux me dit : « Monsieur le Directeur, vous savez que nous vous suivrons, car si nous sommes la graine du haricot, vous en êtes le tuteur ». La métaphore me surprit et je ne pus m'empêcher de lui répondre : « Je vous remercie, mais vous savez aussi que la graine de haricot court parfois le risque de devenir un fayot ».

Les procédures sont détournées de leur objectif et la citation suivante, du même article, s'applique mot pour mot à ce qu'est devenue l'accréditation des hôpitaux français³¹. « Etant donné que dans de nombreux cas les procédures d'audit concernent le système et les procédures plutôt que les performances, les rapports d'audit sont à peine plus que des 'certificats de bonne conduite', qui légitiment ce que fait l'organisation mais qui n'a pas grand chose à voir avec la qualité réelle de son activité principale ».

Toute amélioration sensible du fonctionnement de l'hôpital viendra de l'organisation du travail, de la rencontre sur le terrain, pour le bienfait du malade, entre toutes les catégories de personnel.. Car il ne s'agit pas uniquement d'argent mais

³⁰ *Ibid*

³¹La citation concerne, dans l'article original, les universités britanniques, semble-t-il toutes aussi soviétisées que nos établissements de soins.

UNE BUREAUCRATIE AU SERVICE DE SES AGENTS

aussi de qualité des soins, comme pour les infections nosocomiales que le public découvre enfin. . Une infection est qualifiée de « nosocomiale » quand elle est acquise par le patient au cours de son séjour à l'hôpital. L'hôpital est un « milieu » au sens darwinien du terme, un écosystème où convergent par essence bactéries et virus portés par les patients, mais aussi le personnel et les visiteurs. Nous sommes tous porteurs de germe. Les patients sont fragiles, le plus souvent âgés, leurs défenses immunitaires sont donc moins vigoureuses, si bien qu'ils peuvent être attaqués par des micro-organismes dont ils sont porteurs et qui, en temps normal, ne le affecteraient pas. En outre, l'usage des antibiotiques conduit à sélectionner des souches résistantes, d'où la politique d'usage parcimonieux de ces substances qui, rappelons le, n'attaquent que les bactéries, pas les virus. Tout ce qui favorise la circulation d'air, à commencer par la climatisation, développe la diffusion de ces micro-organismes. La lutte contre les infections nosocomiales concerne tous les agents de l'hôpital, du chirurgien à la femme de ménage ; c'est la raison pour laquelle je suis sensible à la propreté, aux poussières qui traînent dans les établissements que je visite. Cette lutte est permanente, jamais gagnée et chaque matin recommencée. On peut réduire le taux de ces infections, elles ne disparaîtront jamais totalement quel que soit le nombre d'hectolitres de savon ou d'autres antiseptiques utilisés chaque jour. Donc moins longtemps on reste à l'hôpital, quand existe une alternative, mieux l'on se porte, d'où mes critiques à l'égard de l'hospitalisation publique française qui n'a pas développé la chirurgie de jour, comme cela se fait dans le secteur privé ou à l'étranger. A ces arguments médicaux et économiques s'ajoutent enfin des arguments psychologiques, notamment quand il s'agit d'enfants. Est-il normal de les hospitaliser trois jours pour une intervention visant à prévenir les otites alors qu'elle peut être réalisée en chirurgie de jour ? Il n'est pas bon de séparer ainsi un enfant de sa famille. Cet état de fait est d'autant plus inacceptable que la raison de ce retard est connue, une fois encore il s'agit d'organisation du travail. En effet, pour que l'hospitalisation de jour fonctionne, la coordination entre les biologistes, les radiologues, les anesthésistes et les chirurgiens

L'HOPITAL VU DU LIT

doit être parfaite. Le jour de l'intervention, tous les examens doivent être réalisés et le planning opératoire suivi. Dans l'état actuel du système de pouvoir à l'hôpital, une telle discipline collective ne peut pas être imposée.

Enfin, si l'État contrôle des milliers de choses à l'hôpital, il laisse partir l'essentiel c'est-à-dire certains savoir-faire. Le médecin français qui m'a opéré après ma fracture est chirurgien dans une clinique privée. Certes il est aussi, à la demande du chef de service, vacataire à l'hôpital public par dévouement, conviction, intérêt pour la recherche, mais cette position n'est pas très stable et il n'y a qu'une autre grande équipe, en région parisienne, qui ait ce type de compétence internationalement reconnue, même s'il y a plus de deux établissements où l'on peut être opéré du cotyle. La spécialisation est inéluctable. C'est se voiler la face que de l'ignorer. Il faut l'organiser. Le jeu de pouvoirs s'équilibre mal et les Français payent de plus en plus cher un service qui se détériore. Quant aux personnels hospitaliers dont les responsables connaissent mal la nature du travail et ne savent pas être les bons porte-parole de leurs préoccupations quotidiennes, s'ils laissent agir les syndicats, c'est qu'au moins ils expriment leur frustration et parfois leur colère. L'énergie réformatrice devient revendicatrice et se réduit à un « toujours plus », discours aussi onéreux que convenu et qui ne résout rien, ne serait-ce que parce l'essentiel se discute à Paris, loin des réelles conditions de travail et des petites questions, comme l'achat d'une machine de transfert, qui restent sans réponse, jusqu'à la publication d'un article dans *Le Monde*. Car de telles machines existaient bien dans cet hôpital. Elles avaient simplement été remises pour des « raisons syndicales » que je n'ai pas pu élucider.

La crise des urgences

L'argent ne compte pas à l'hôpital. Que les établissements soient publics et privés, que le prix varie de un à six pour la même intervention, les soins hospitaliers seront remboursés par l'assurance maladie, en moyenne pour 91% des sommes engagées et le reste par des assurances complémentaires ou la couverture maladie universelle (CMU), tout au moins pour 90% des Français. La « concurrence » entre les hôpitaux et les cliniques, quand elle existe, n'est pas une concurrence par les prix, car de fait les soins sont gratuits.

Pour que l'argent collecté soit mieux utilisé, faut-il que le patient paye directement le médecin ou l'hôpital ? Curieusement, les recherches en économie de la santé démontrent que le paiement direct n'oriente pas nécessairement bien le patient, ce n'est donc pas une garantie d'efficacité. En effet, des études réalisées en France comme à l'étranger, soulignent que quand les patients payent tout ou partie des soins qui leur sont prescrits, ils sous-consomment. Faute de connaissance médicale, ils sont mauvais juges de ce qui est important et ce qui ne l'est pas pour leur santé, leur sous-consommation sera donc souvent médicalement inappropriée et parfois dangereuse. Non seulement, la gratuité des soins évite la discrimination entre les riches et les pauvres mais elle libère le patient du choix, pour des raisons d'argent entre un traitement, une analyse, un examen radiologique ou une hospitalisation. Toutefois, ce bienfait individuel, n'est pas sans inconvénient pour la collectivité car, quand les soins sont gratuits, les patients surconsomment. Par exemple, ils viennent consulter à n'importe quelle heure, n'importe quel jour, aux urgences hospitalières pour une simple toux et considèrent comme insultant le rappel qu'ils auraient pu attendre ou consulter en ville.

La conclusion logique de ce double constat est que l'argent, le paiement direct par le malade de ses soins, ne permet pas d'orienter la consommation médicale. L'économie de

L'HOPITAL VU DU LIT

marché telle qu'elle fut conçue au XVIII^e siècle trouve ici une de ses limites, ce qui ne veut pas dire, nous allons le voir, que l'économie n'a rien à dire en politique hospitalière, médicale ou sanitaire.

A l'hôpital public, les revenus du patient ne rentrent jamais en ligne de compte dans la nature et la qualité des soins délivrés à l'hôpital -si l'on ignore la question du secteur privé des praticiens hospitaliers³² qui n'est toujours pas véritablement résolue en dépit des textes nombreux et des débats passionnés portant sur ce sujet symbolique. D'abord, farouchement opposé à cette disposition, j'ai évolué pour la raison suivante. Si l'on considère que les compétences exceptionnelles sont un bien rare aussi en médecine, il n'y a que deux méthodes pour limiter l'accès : soit le marché, soit la liste d'attente. Or, les gens qui ont de l'influence ont aussi, en général, de l'argent, mais l'inverse est moins vrai. Le secteur privé est donc, paradoxalement moins injuste que l'influence qui ne manquerait pas de s'installer en France pour gagner quelques places dans la liste d'attente. Ce n'est jamais le cas au Royaume-Uni, mais force est de constater que dans ce domaine, et quelques autres, nos valeurs de ce côté de la Manche sont plus accommodantes. Nous sommes plus latins que saxons et plus catholiques que protestants. Ce constat sur les Français doit être complété par les grandes difficultés sociales et organisationnelles que continue de poser la présence de consultations privées aux directeurs d'établissements. Le secteur privé, tel qu'il est pratiqué, reste un frein important pour de nombreuses réformes et réorganisations. On n'en parle jamais, on y pense toujours, quand on a choisi de l'exercer, ce qui n'est pas le cas pour les médecins. Mais revenons aux urgences.

³² Ce privilège a été accordé aux médecins hospitaliers à l'occasion de la réforme de 1958. Il fallait à l'époque, pouvoir attirer à temps plein à l'hôpital public les médecins qui n'y exerçaient qu'à temps partiel et pour cela leur permettre de ne pas abandonner leur clientèle de ville. Les raisons ont disparu, le privilège demeure. Il consiste à permettre aux médecins sous certaines conditions, de recevoir du patient des honoraires fixés librement et qui viennent donc en supplément du salaire universitaire ou hospitalier du praticien.

LA CRISE DES URGENCES

Pendant de longues années, les services d'urgence furent les parents pauvres des établissements de soins. Souvent la responsabilité du service était prise à tour de rôle, comme une corvée, par les patrons. La nuit, les internes, guidés par les chefs de clinique, apprenaient leur métier, les futurs chirurgiens y pratiquaient leurs premières opérations. Souvent éveillés la nuit durant, ils reprenaient le lendemain une journée « normale ». C'était l'aventure, le dépassement de soi, une ambiance, mais d'abord un rite initiatique, celui de tous les excès, à commencer par l'excès de travail et la capacité de combattre le sommeil, une ambiance dont beaucoup ont encore la nostalgie.

Les urgences sont devenues des services à part entière. Toutefois le terme de « service » obscurcit plus qu'il n'éclaire tant la nature même du travail et les contraintes des urgences diffèrent des autres activités de l'hôpital. Si les relations entre les services d'urgence et les autres ont toujours été difficiles c'est parce que les urgences sont le sas entre les désordres de la ville et l'organisation de l'hôpital. Ici, les entrées sont aléatoires, dans les autres services elles sont programmées. La charge de travail y est non seulement inconnue mais éminemment variable, d'une heure à l'autre, d'un jour à l'autre, d'un mois à l'autre (épidémie de grippe ou bronchiolite), d'une année à l'autre, telle la canicule de l'été 2003.

Des patients porteurs de toutes les maladies peuvent y apparaître, y compris, à cette époque de voyages internationaux, de la plus rare des maladies tropicales. La première tâche du médecin des urgences est d'établir un diagnostic. C'est souvent très simple, parfois impossible tout au moins dans l'immédiat. Puis il doit traiter les symptômes : douleur, forte température, saignement... Le temps d'attention requis par chaque cas est incertain tant que le médecin n'aura pas trié entre l'urgence vitale, les soins lourds mais qui peuvent attendre (c'était mon cas) et le patient atteint d'un mal bénin ou seulement angoissé. Puis le praticien est chargé d'informer le patient et sa famille, quand elle l'accompagne. Or le malade n'est pas toujours en état d'assimiler ce qui lui est dit. L'urgence telle qu'il la perçoit ne

L'HOPITAL VU DU LIT

correspond pas toujours à celle de l'équipe médicale, ce qui nécessite quelques « explications », parfois longues, sinon violentes³³. Ailleurs, dans les autres services, les cas sont bien « débrouillés », le diagnostic connu, les malades regroupés selon la nature clinique de leur pathologie et la tension moindre. Il est délicat d'être médecin aux urgences : il faut faire appel à de très vastes connaissances médicales, gérer l'angoisse du malade et de sa famille, agir sans disposer de tous les paramètres, tout ceci dans le bruit et le stress et aujourd'hui enfin sous la menace des tribunaux.

Les urgences vivent 24 heures sur 24. Il n'y a jamais de période de réel silence, de nuit, d'autant que les urgences hospitalières sont progressivement devenues le seul endroit où convergent toutes les détresses de la ville : tentatives de suicide, drogués en manque, alcooliques comateux, SDF... sans oublier les personnes atteintes de maladie mentale, toujours longues à comprendre et difficiles à prendre en charge. Les urgences hospitalières deviennent la voiture balai de notre société, celle qui récupère les accidentés, les fatigués et autres laissés-pour-compte. Elle les médicalise, au moins provisoirement, pour couvrir une apparence technique à une demande humaine car notre société est ainsi faite : pour rendre acceptable la prise en charge de l'hôpital elle doit la techniciser, la maladie doit se couvrir de ses habits scientifiques.

Chaque jour est évoquée dans la presse la « crise des urgences » et les « urgentistes » réclament à grand renfort de publicité, et de réels soutiens médiatiques, plus de moyens. Sauf cas particulier, je ne crois pas que des moyens nouveaux changeraient grand-chose. La crise est ailleurs même si c'est là qu'elle se fait sentir. La crise des urgences est due à leur succès. Remarquons même que mieux elles fonctionneront, plus elles seront embouteillées. Mais pourquoi ce succès indéniable (la croissance des admissions est de 5% par an) ?

³³ Chaque année elle s'aggrave, comme l'a montré la triste affaire de l'hôpital Saint Luc de Lyon, au moment des fêtes de la fin d'année 2003. Un médecin fut poignardé par des personnes accompagnant un malade, sous prétexte que ce cas n'était pas pris en compte avec la diligence voulue !

LA CRISE DES URGENCES

Tous les malades qui se présentent aux urgences sont accueillis. Personne n'oserait aujourd'hui renvoyer les patients chez eux, même si l'envie ne manque pas. A part quelques périodes exceptionnelles, chaque « passage » pourra, en deux à trois heures, voir un médecin et, si nécessaire, se faire prendre une radio et réaliser des analyses. Même durant les heures ouvrables des jours ouvrables, il est le plus souvent moins long de se rendre aux urgences hospitalières que de parcourir la ville à la recherche d'un clinicien, d'un radiologue et d'un biologiste. Du seul point de vue du temps passé, le service rendu est donc le plus souvent meilleur aux urgences hospitalières ce qui contribue à ce qu'elles deviennent la médecine de première ligne pour une partie croissante de la population. La première raison du succès des urgences est leur efficacité.

La deuxième raison est leur quasi-gratuité. L'hôpital pédiatrique Robert Debré à Paris en est l'illustration par excellence. Toutes les mères des milieux déshérités de cette partie de Paris et de Seine-Saint-Denis (une zone d'attraction³⁴ de un million et demi d'habitants) y conduisent leurs enfants. Comme disait l'une d'entre elles: « je ne peux pas payer 45 euros à chaque fois que le nez de mon enfant coule et ici les médecins ont très bonne réputation ». Elles attendent, le plus souvent deux ou trois heures, et s'en vont rassurées.

La troisième raison est leur qualité perçue. Certes les délais d'attente montent très vite quand, à cette « clientèle » habituelle vient s'adjoindre celle des épidémies d'hiver. Ils étaient de neuf heures à la mi-décembre 2003. Tout cela n'est pas sans conséquences sur l'institution, car cet hôpital a été conçu pour traiter les maladies lourdes, rares, graves du nord de Paris, tâches assurées mais qui se noient de plus en plus dans le rôle de pédiatre-généraliste qui lui est imposé par la population environnante.

La France a pour particularité, exceptionnelle dans les pays occidentaux, de faire payer assez cher l'accès aux médecins

³⁴ La zone d'attraction d'un hôpital se compose des communes qui adressent leur patient de manière privilégiée à cet établissement.

L'HOPITAL VU DU LIT

de première intention, le médecin de ville, celui que l'on devrait voir en premier. Au Royaume-Uni, l'accès au généraliste est gratuit et dans la plupart des pays de l'Europe du nord le patient débourse l'équivalent de 1 euro. En revanche, en France, le ticket modérateur est de 30% du tarif de la consultation si le patient s'adresse à un médecin conventionné au secteur 1 et beaucoup plus élevé si les médecins sont à honoraires libres (secteur 2), ce qui, dans les grandes villes, est le cas de la majorité des spécialistes. Les soins hospitaliers sont presque gratuits pour le patient et toujours facturés comme s'il s'agissait d'une simple consultation en ville d'un médecin conventionné. Le patient ne va donc payer que 6,9 euros³⁵, somme la plus souvent prise en charge par la Couverture maladie universelle (CMU) ou les assurances complémentaires, or le coût réel dépasse les 100 euros ! S'il s'agissait d'activités commerciales, on invoquerait une distorsion de concurrence et le terme « gâchis » ne serait pas inapproprié.

Non seulement donc les urgences sont efficaces, quasi gratuites mais encore c'est là, et seulement là que, le plus souvent, les patients trouveront le service et les soins qu'ils cherchent. Ils n'ont plus d'alternative. Au cours de ces vingt dernières années, les pédiatres³⁶, comme les généralistes, ont vu leur revenu augmenter beaucoup moins vite que celui de leurs confrères, notamment hospitaliers. Ils ont quitté les grandes villes où le prix de l'immobilier grimpeait et ceux qui prenaient leur retraite n'ont pu trouver de remplaçant. En outre, à l'issue de la longue grève des années 2001 et 2002, ceux qui assuraient encore des astreintes³⁷ à domicile se sont aperçus que leur vie personnelle était plus équilibrée sans déplacement nocturne : plus de nuit hachée par des appels successifs à domicile au cours desquelles dans certains quartiers, ils couraient le risque d'être harcelés. Après la grève, ils n'ont pas tous repris leurs habitudes

³⁵ Les 14 euros de l'assurance maladie ne sont pas facturés au patient.

³⁶ Les pédiatres ont le revenu moyen annuel le plus bas de tous les spécialistes.

³⁷ Être d'astreinte, veut dire que le médecin s'impose de pouvoir être joint au téléphone et qu'il s'engage à se déplacer ou à accueillir le malade quand cela s'avère nécessaire.

LA CRISE DES URGENCES

anciennes, en dépit de l'article 67 du Code de déontologie médicale qui les y contraignait.

Pendant la période de canicule, beaucoup de personnes âgées sont venues mourir aux urgences, parce qu'elles n'avaient plus de médecins attitrés. Ce n'est pas seulement qu'en cette période estivale ils étaient absents, c'est que beaucoup d'entre elles, tout simplement, n'en avaient pas, n'en avaient plus. Certes, il leur était possible d'appeler un autre médecin qu'elles ne connaissaient pas, ce qu'elles finirent par faire, mais elles n'en avaient pas un avec lequel elles auraient pu tisser ce lien privilégié qui aurait permis de prévenir les conséquences de l'hyperthermie. Le médecin aurait pensé à « son » malade, cela aurait tout changé.

Au-delà de toute démagogie, que veut dire « renforcer » les urgences ? A supposer que ce soit la solution, quelle référence retenir ? Si la capacité du service d'urgence doit répondre à la demande de l'heure de pointe, du jour de pointe de l'année – et pourquoi pas de la décennie ou du siècle – de pointe, cela veut dire que le reste du temps, l'essentiel de l'année donc, une partie de l'équipe ne travaillera pas. Un service sans aucune file d'attente est donc par essence surdimensionné, ceci est simplement inenvisageable. A moins que, mais je rêve, l'on puisse adapter de manière souple la capacité du service à la demande des patients. Du fait de la rigidité des statuts de la fonction publique hospitalière, cette solution de bon sens n'est pas mise en œuvre. Soit elle est juridiquement impossible³⁸, soit il est difficile d'obtenir des agents la souplesse requise comme celle qui conduirait à affecter, durant certaines périodes, plus d'agents ou de médecins aux urgences et donc de les prendre momentanément dans les autres services de soins.

Une organisation rigide, qui ne tient pas compte de la demande réelle coûte des prix exorbitants. Pour illustrer ce

³⁸ Comme un calcul annuel de la durée du travail, pour le décompte et l'organisation de la réduction du temps de travail (RTT).

L'HOPITAL VU DU LIT

propos, deux chiffres suffiront. Le professeur Guy Valencien³⁹ a remarqué que les quelques 3 000 services de chirurgie de garde en France chaque jour réalisaient, en moyenne, moins de 500 interventions chirurgicales entre minuit et 6 heures du matin. En revanche, certains grands centres ne disposent plus d'assez de chirurgiens et prennent des risques aux conséquences parfois dramatiques.

Au printemps 2003, un patient se fait hospitaliser d'urgence dans un grand établissement de la région parisienne. Souffrant de maux de tête récurrents et sévères alors qu'il n'était pas migraineux, un scanner révèle qu'il souffre d'un anévrisme cérébral opérable. Immédiatement hospitalisé, l'intervention est programmée en moins de vingt-quatre heures, l'après-midi du samedi de Pentecôte. Jusque là tout va bien. L'équipe prévue n'arrive toutefois pas à se constituer: il manque un chirurgien. Le risque est donc pris d'attendre le mardi suivant. L'anévrisme se rompt le dimanche matin, le patient ne meurt pas, il devient tétraplégique. Il vit toujours, on ne sait s'il est encore conscient. Il a moins de 50 ans.

Tel qu'il est organisé aujourd'hui, le système a donc un très faible rendement et une « qualité » le plus souvent inconnue car non mesurée, souvent médiocre, si l'on croit certains rapports comme celui rédigé par le professeur Steg, et parfois mauvaise comme dans le cas cité ci-dessus.

Dans le secteur hospitalier, la mauvaise qualité conduit souvent au drame. Elle devrait être inacceptable, elle est tolérée. Force est de constater que notre société attache plus d'importance à la qualité de ses téléphones et de ses automobiles qu'à celle des soins prodigués aux malades dans ses hôpitaux. Pour les téléphones et les automobiles, il s'agit de la survie de l'institution: une entreprise qui ne recherche pas l'amélioration de la qualité de ses produits est sortie du marché par ses concurrents, alors qu'à l'hôpital il ne s'agit que de la survie des patients. A force de côtoyer la mort, il est tentant de charger la barque du destin.

³⁹ « Santé, le grand tabou », Le Monde, 17 septembre 2003

LA CRISE DES URGENCES

Personne ne disconvient du fait qu'il soit essentiel d'adapter les urgences, d'investir dans des locaux d'un autre âge, mais « renforcer » ces services, sans préciser où et comment, ne mènera nulle part. Le premier investissement, l'urgence pour les urgences, est dans l'organisation. Certes, les urgences sont par essence aléatoires, désordonnées, complexes, mais ce constat n'implique pas nécessairement que leur organisation ne soit réduite qu'à l'ouverture d'un dossier, à la sortie d'une étiquette « code barre » - que l'on mettra d'ailleurs plusieurs heures à coller sur mon lit - et à l'enregistrement de données cliniques, biologiques et radiologiques dans de vagues chemises et une grande enveloppe brune. En guise d'organisation, toutes informations et toutes décisions, remontent aux médecins, donc le flux des patients est contraint par l'organisation du temps des praticiens de garde. Le verbe du docteur domine et semble remplacer toute procédure. Les entreprises de transport, les entreprises de service, témoignent dans leur fonctionnement quotidien que ce n'est pas parce que tout n'est pas organisable, que rien ne doit être organisé.

Les urgences sont un tout qui commence par l'accueil téléphonique ou par celui des gardiens et hôteses. Elles concernent autant le personnel administratif que le personnel médical. Leur organisation dépend de valeurs partagées et de procédures adaptées. Une bonne organisation pourrait éviter bien des souffrances.

Un mardi de semaine, en dehors des périodes de vacances, un père de famille est appelé par un contrôleur de la SNCF qui l'informe que sa fille, belle et intelligente jeune femme de 22 ans, est dans son train qui arrive de Nice : elle manifeste des troubles psychiatriques graves. Le père répond qu'il peut venir la chercher et se rend aussi vite qu'il est possible à la gare. Il trouve sa fille délirante, ne voulant ni avancer, ni reculer et exprimant des désirs contradictoires. Elle pleure et tient à peine debout. Elle est réconfortée par une passagère et le contrôleur qui a trouvé plus humain d'attendre le père que de la confier à la police. De toute évidence elle souffre. Le père et la fille sont sur le quai. Ils mettent plus d'une heure à parcourir les trois cent

L'HOPITAL VU DU LIT

mètres qui les séparent de la sortie de la gare. Au domicile des parents, le père s'efforce de trouver, par l'intermédiaire du psychiatre de sa fille, un hôpital qui accepterait de l'accueillir. Il en trouve un qui dispose d'un service de psychiatrie en milieu ouvert. Un taxi est commandé. A leur arrivée à l'hôpital, à 2 heures de l'après-midi, les gardiens non seulement donnent de mauvaises indications quant à la localisation des urgences psychiatriques, mais obligent la fille, portée par le père, à se tenir debout : n'est-elle pas adulte? Le calvaire reprend. Le père tente de conduire sa fille au bâtiment indiqué au prix de considérables efforts physiques et psychologiques. De très nombreuses blouses blanches les croisent dans les allées de cette ville hospitalière, pas une ne s'arrête, pas une ne propose de l'aide, pas une ne s'étonne du comportement curieux de ce couple composé d'un homme de 50 ans et d'une très jeune femme. Dans le premier bâtiment indiqué, ils parcourent le rez-de-chaussée, puis les sous-sols avant qu'on ne les guide vers un autre immeuble. C'est le bon. Aux urgences, on leur demande de faire la queue, puis d'aller chercher des papiers à un autre étage. Le père ne veut pas abandonner sa fille craignant qu'elle ne s'enfuit, mais elle ne veut toujours pas se déplacer et encore moins prendre l'ascenseur dont, plus tard, elle ne veut pas sortir. A 6 heures du soir, un jeune médecin accepte de l'examiner après avoir demandé à son père de sortir sans l'entendre : sa fille est adulte, elle seule est responsable, c'est la loi. Une équipe composée de quatre personnes la rejoint. Nouvel examen plus long, le porte-parole de l'équipe sort de la salle d'examen pour faire savoir au père que sa fille ne veut pas se faire hospitaliser, mais qu'il serait sage qu'elle le soit. La seule solution est que le père signe une demande d'hospitalisation à la charge d'un tiers. Il hésite et signe à contrecœur. On lui fait savoir que sa fille est maintenant sous la responsabilité de l'équipe et qu'il peut s'en aller. Il lui est précisé que son hospitalisation n'aura pas lieu dans l'établissement : il n'accueille pas ce type de malade. Elle sera transférée. Il est 7 heures du soir, il se sent chassé, épuisé et abattu.

LA CRISE DES URGENCES

Il y a plus de trente ans, il m'est arrivé d'être admis aux urgences d'un hôpital à Binghamton aux Etats-Unis, ville de 200 000 habitants du nord-ouest de l'État de New York. Alors que je tenais parfaitement sur mes pieds, j'ai été contraint de m'asseoir sur un fauteuil roulant conduit par un agent hospitalier. Il m'a été précisément décrit ce qui allait m'arriver, les personnes qui m'accompagnaient ont été placées dans une confortable salle d'attente, il leur a été donné un numéro de téléphone où je pouvais être joint, j'ai été accompagné, informé et soigné... Certes, j'étais assuré, comme 85% des résidents des Etats-Unis.

Un univers où l'argent n'est pas compté

L'argent ne compte pas pour l'institution⁴⁰, pas encore, seulement pour son directeur, et même pour lui, pas toujours ! Provocation ? Paradoxe ? Les hôpitaux ne sont-ils pas délabrés, sous-équipés, les agents ne sont-ils pas sous-payés ? Oui, ils le sont parfois - les agents hospitaliers sont cependant plutôt bien rémunérés - mais ce n'est pas pour cela que quelqu'un souhaite, recherche, pense à gérer, sauf de manière le plus souvent contre-productive et parfois éthiquement condamnable.

L'hôpital est une industrie de main d'œuvre où personne ne s'émeut, nous l'avons vu, que cinq, dix, douze agents perdent une, deux ou trois heures de leur après-midi. L'hôpital est une industrie de main d'œuvre où les rémunérations et, dans certains cas, les promotions et les recrutements ne sont pas décidés localement. Il n'y a donc pas de lien entre la contribution d'une personne au fonctionnement de l'institution et sa rémunération ou sa promotion. L'hôpital est une industrie de main d'œuvre qui ne s'intéresse pas à l'organisation du travail. La gestion de 70% des dépenses est en dehors de toute économie, c'est-à-dire de toute recherche d'amélioration du service pour le même prix, voire un prix inférieur. Les autres 30% du budget hospitalier concernent principalement les achats à l'extérieur et des remboursements d'emprunts. Les marges sur les achats à l'extérieur existent, ou plus exactement existeraient si l'on modifiait les procédures de marché, mais elles sont modestes en pourcentage. Les conséquences de l'ignorance des lois de l'économie sont multiples et dramatiques.

Du fait du poids du « social » d'une part et de la bureaucratie de la « précaution » d'autre part, les hôpitaux privilégient le fonctionnement à l'investissement : les hôpitaux les plus chers (Paris, Lyon et Marseille) sont aussi les plus vétustes.

⁴⁰ Cela devrait changer si la réforme mise en œuvre en 2004 concerne une part plus importante du budget. Elle ne concernera au maximum que 1,5% des recettes d'un hôpital en 2004.

UN UNIVERS OU L'ARGENT N'EST PAS COMPTE

L'inégalité économique est la règle du secteur, à des niveaux si surprenants qu'ils peuvent paraître incroyables. Dans une même ville du Nord de la France où coexistent deux services de néonatalogie, l'un dans le public, l'autre dans le privé à but non lucratif, ce dernier coûte, pour le même service, six fois moins cher que l'autre (600% pas 6%)⁴¹ ! L'assurance maladie, autrement dit nous les Français, payons la même intervention chirurgicale de 1 à 3 selon l'hôpital et de 1 à 6, si l'on compare l'hôpital le plus cher à la clinique la plus performante !

A l'hôpital public, la nature même de l'argent est différente de ce qu'elle est dans la vie des ménages et des entreprises. L'argent n'est pas une variable à la fois relativement continue (jusqu'à la limite du compte en banque) et fluide, mais une variable binaire et rigide. On en a ou pas, ou il est affecté à un usage ou à autre, mais les économies ici servent rarement là. Par exemple, quand un établissement dispose de fonds pour l'achat de matériel informatique, non seulement il peut, mais encore il doit le dépenser. Il lui sera en effet souvent inutile de dépenser moins que ce qui avait été initialement prévu car cette éventuelle économie ne pourra pas servir à, par exemple, donner une prime à tel ou tel agent méritant. Si en revanche il faut d'urgence acheter des ordinateurs et que les crédits pour cela n'ont pas été prévus en général, au mieux, il conviendra d'attendre l'année suivante.

Cet exemple anodin l'est moins quand les crédits concernent la pharmacie, les prothèses, les implants et autres produits qui touchent directement le malade et les soins. Ces dépenses font partie des rares coûts variables. Il est tentant d'y toucher. Dans ce cas, un rationnement passif s'organise et les soins qui s'imposeraient tout simplement ne sont pas prodigués. Il arrive aussi que, pour la même raison budgétaire, les patients coûteux soient transférés d'un établissement à un autre.

⁴¹ Dans l'industrie ou les services toute variation qui dépasse 20% est considérée comme étant préoccupante !

L'HOPITAL VU DU LIT

Le docteur X de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) écrit en 2003 à un de ses confrères, le docteur Y, chef de service de cancérologie d'un hôpital de la banlieue parisienne : « compte tenu des coûts de la chimiothérapie à instituer, je ne peux le [un malade] prendre en charge à l'hôpital Z et c'est pourquoi je te le confie. Il est parfaitement au courant du diagnostic... ». Comportement aussi moralement scandaleux qu'économiquement ridicule parce que le coût variable de la chimiothérapie est le même dans les deux cas et la productivité de l'établissement de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)⁴² va encore baisser, s'il soigne moins de malades! Mais l'on imagine (je n'ose pas écrire « comprends») bien ce qui s'est passé : la direction a dit qu'il fallait faire des économies et on les a portées sur les achats à l'extérieur, y compris sur ceux aussi essentiels que les médicaments !

Ainsi, la plupart des hôpitaux rationnent ouvertement le nombre de transplantations, le nombre d'implants, notamment oculaires, et orientent les patients vers les cliniques pour « tenir » dans leur budget. Ce raisonnement budgétaire est évidemment contraire à la déontologie médicale et aux principes qui, en France, fondent la légitimité de l'hôpital public. Cela suffirait pour les condamner, mais il est aussi économiquement stupide.

Pour ce qui est du versant médical le plus dangereux n'est pas tant le transfert brutal que le rationnement passif : l'examen que l'on ne fait pas, le médicament que l'on hésite à proposer comme ce très onéreux anti-vomitif dont peu de patients en chimiothérapie bénéficient de fait, les petits détails qui pourraient améliorer le confort des malades, mais restent considérés comme un luxe : savon, gant de toilette, infusions, massage, coiffeur, radio, journaux, alors que par ailleurs des heures entières se passent à attendre. Ces « économies » ne sont pas économiques, elles coûtent cher et le service se dégrade.

⁴² L'AP-HP se compose de quarante et un établissements, récemment regroupés en quatre pôles. Administrativement ce n'est qu'une institution.

UN UNIVERS OU L'ARGENT N'EST PAS COMPTE

Le budget doit-il être respecté à tout prix, comme il l'est à l'étranger où, au moins, le rationnement est organisé par des listes d'attente d'interventions non urgentes ? Même pas. Certes, ne pas le « tenir » est considéré comme un échec par les directeurs d'établissements mais les hospitaliers ne peuvent pas toujours, à l'échelon local, porter les contradictions des gouvernements. Au début de l'année 2004, beaucoup d'hôpitaux sont déjà en déficit alors que l'année commence à peine. Certains crédits généreusement accordés par Martine Aubry en 2001, n'étaient que provisoires, même s'ils étaient destinés à rémunérer des emplois pérennes et le gouvernement actuel ne les a pas tous reconduits, en revanche les agents ont bel et bien été recrutés. Demander à des gestionnaires de tenir des règles qui souffrent des exceptions, conduit à ce que celles-ci deviennent rapidement la règle.

Les gestionnaires du secteur public ne sont pas personnellement concernés et leur avenir ne dépend pas de leur capacité, ou de leur incapacité, dans ce domaine. Je dois avouer que la paye des 800 000 hospitaliers, dont j'ai eu la charge pendant cinq années, ne m'a jamais autant soucie que celle des 50 collaborateurs de la société que j'ai créée en quittant l'administration.

Les données économiques concernant la consommation de soins n'existent pas. Personne n'imagine donc qu'elles pourraient être utiles. Par exemple, si on connaît par ville, département ou région, chaque médecin, chaque dentiste ou infirmière libérale, il n'est pas possible de savoir combien ces mêmes personnes coûtent à leurs patients et à l'assurance maladie. Pour la publication du *Carnet de santé de la France en 2004*⁴³, je tente de reconstituer des comptes de la santé et les comptes de l'assurance maladie des régions françaises pour mesurer les considérables transferts financiers et les créations d'emplois induits par ce secteur. C'est impossible car l'on ne mesure pas par région toutes les cotisations collectées et on ne peut obtenir que d'assez grossières estimations des dépenses.

⁴³ Il sera publié par Dunod et la Mutualité française

L'HOPITAL VU DU LIT

Les enveloppes régionales des dépenses hospitalières existent. Il est possible de les demander à la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins et, en cas de refus de les obtenir en instruisant une procédure auprès de la commission d'accès aux documents administratifs⁴⁴. En revanche, les dépenses de médicament ou de médecine de ville sont inconnues à l'échelon régional et, *a fortiori*, départemental. Quand on ne compte pas l'argent, c'est que l'argent ne compte pas ce qui constitue une autre similarité entre le système médical français et l'économie soviétique.

Pourquoi ce désintérêt alors que les sommes en jeu sont considérables : le montant des dépenses hospitalières et celles de médecine de ville sont, l'un et l'autre, du même ordre de grandeur que celui collecté par l'impôt sur le revenu !

En politique française, la rigueur ne paye pas même dans des secteurs moins politiquement sensibles que la santé : Jacques Chirac demeure, pour les agriculteurs, le plus grand ministre de l'Agriculture de l'après-guerre, c'est vraisemblablement parce qu'il fut aussi le plus grand dépensier. Pour être considéré par l'opinion comme un bon ministre, il convient que la profession qui forme cette opinion donne de vous une image favorable. Dans le secteur de la santé, quoi de plus facile que de prétendre alors que les dépenses sont « bonnes », que la croissance est « inéluctable », que le progrès technique, comme le vieillissement de la population, a un coût ou d'utiliser d'autres arguments qui ne sont que des excuses que l'on continue à nous asséner en dépit de leur très partielle (cela joue peu) et partielle influence empirique. Elles tiennent du « bon sens »⁴⁵, cela évite de rechercher les véritables causes politiquement plus gênantes : laxisme, cadeau électoral, absence de contrôle...

Le second mandat de Jacques Chirac, cette fois président de la République, commence dans le secteur de la santé, comme

⁴⁴ C'est cette commission qui a permis que les journalistes de Sciences et Avenir du Figaro publient leur classement des hôpitaux.

⁴⁵ Il n'y a rien de plus idéologique que le "bon sens". Ce n'est pas en effet parce qu'une opinion est partagée qu'elle est juste

UN UNIVERS OU L'ARGENT N'EST PAS COMPTE

le premier, par une vague de corporatisme dans le secteur de la santé. En 1995, Elizabeth Hubert, ancienne syndicaliste médicale, fut le premier instrument de la politique généreuse et disparut avec d'autres « jupettes » quand vint l'époque de la rigueur et des ordonnances de 1996. En 2002, Jean-François Mattei prend pour première décision l'augmentation des honoraires des généralistes, puis des mesures favorables aux hôpitaux, suivies de quelques gestes aux spécialistes, sans oublier en passant l'industrie pharmaceutique et il fait cette distribution avec de l'argent qui n'existe pas : nous sommes en déficit « abyssal » avoue le ministre avant d'être remplacé. En attendant un équilibre promis pour 2007, la sanction des marchés et la réaction de nos enfants sur lesquels pèsera cette générosité à crédit.

Le ministre de la Santé occupe une position particulière : il est aussi le « patron » de ce secteur. Certes il cogère avec l'assurance maladie, mais c'est à lui que reviennent les ultimes décisions. Comment peut-on gérer sans information, sans structure adaptée et j'allais dire : le plus souvent sans le savoir ? Les ministres restent en moyenne moins de deux ans à ce poste et mettent du temps à se rendre compte qu'ils doivent aussi assumer la responsabilité de patron qui inclut une responsabilité financière. « Le ministre s'intéresse à la santé, mais il ne s'intéresse pas à l'assurance maladie », dit-on sans rire dans les couloirs du pouvoir. Quelle chance de pouvoir ne s'occuper que des dépenses en laissant les recettes, ou les déficits, à d'autres !

L'organisation « patronale » des hôpitaux qu'est la Fédération hospitalière de France (FHF) ne s'intéresse pas plus à l'économie que les autres acteurs. Le contrepoint politique du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) à l'égard des centrales syndicales n'a pas son équivalent dans le secteur hospitalier. Pourquoi ? Les hôpitaux publics sont, le plus souvent, présidés par le maire de la commune. La FHF représente l'institution hospitalière, comme toute institution « patronale » elle défend donc le point de vue du président (le maire) et des membres des conseils d'administration (médecins, représentants du personnel, usagers). Aucun des membres de ces

L'HOPITAL VU DU LIT

conseils d'administration n'a de responsabilité financière ; en revanche ils ont tous de profondes raisons de favoriser la croissance des dépenses hospitalières: pour les uns il s'agit d'emplois dans la commune, pour les autres de leurs conditions de travail ou de l'accueil des patients. La primauté est donc, là encore, donnée à l'aspect social. En pratique, la FHF pousse à la croissance des dépenses hospitalières, pas à l'efficace et équitable utilisation des moyens disponibles.

Jeune chercheur à l'Ecole polytechnique en 1974, j'avais entrepris une enquête sur les établissements hospitaliers publics en partenariat avec l'École nationale de la santé publique (ENSP) de Rennes. Elle était le prolongement des travaux que j'avais déjà menés en Amérique du Nord et s'intéressait notamment aux questions de modalité de décision, et donc de pouvoir, en matière d'innovations médicales et organisationnelles. Avant de lancer une collecte de données sur plus d'une centaine d'établissements, je n'avais pas demandé l'accord de la FHF dont j'ignorais à l'époque l'existence, grave erreur. Non seulement plus de la moitié des hôpitaux n'envoyèrent jamais les données collectées par les stagiaires car leur directeur avait reçu des instructions de la FHF, mais je fus convoqué par le « délégué général » de cette fédération. Je m'en souviens encore et j'en ai toujours des frissons. En parrain, il me fit comprendre sans ambiguïté, que dans ce milieu - si j'ose dire - rien ne se faisait sans lui, seule ma jeunesse et mon incompetence (réelle) pouvaient excuser ma faute. Après cette réprimande, il me chassa. Plus tard quand j'étais directeur des hôpitaux nos relations furent courtoises, quant à celles avec son successeur le qualificatif « exécration » conviendrait mieux tant il attaquait, sans nuances la politique des gouvernements du début des années 1980, au nom d'une défense des hôpitaux on ne peut plus conservatrice. Au cours d'un débat, il s'agissait, je crois, de la création des « départements » (aujourd'hui, vingt ans après, Jean-François Mattei, qui avait combattu cette réforme, parle de « pôle », mais c'est la même idée) j'ai fini par lui suggérer que la FHF change d'emblème et substitue au phénix, le crabe. En effet, lui dis-je, "si ce symbole était adopté par votre fédération personne ne s'étonnerait plus que vous

UN UNIVERS OU L'ARGENT N'EST PAS COMPTE

souhaitiez faire entrer les hôpitaux dans l'avenir en marche arrière ».

Jeu de rôle, paix armée il ne réussit à se venger de ma résistance impertinente que quand je quittais l'administration. Quelques années plus tard en effet, je tentais, avec des hospitaliers volontaires, de monter un réseau d'échanges de données de gestion afin que les établissements puissent se comparer entre eux, en un mot de créer pour les hôpitaux français un système de « benchmarking » (américanisme courant des gestionnaires d'entreprise). Après un très long investissement commercial et intellectuel, en partenariat avec une structure hospitalière spécialisée en informatique, membre de la FHF, nous nous apprêtions à lancer ce réseau. Nous disposions en effet déjà de l'engagement de plus d'une trentaine d'adhérents. Deux jours avant le démarrage, mon partenaire m'informe par lettre qu'il rompait nos accords en dépit des contrats signés et du travail en commun de plus d'une année. Je devinais que c'était à la demande de la Fédération hospitalière que je devais cette brutale décision, j'en eus plus tard la preuve. Non content de m'empêcher d'agir, la FHF copia (mal) ce projet. Je poursuivis en justice mon partenaire qui s'était laissé influencer et, après treize années de procédures, l'entreprise que je dirigeais à l'époque, a gagné ses procès et va enfin toucher une indemnité substantielle payée par les hôpitaux, après jugement de la cour administrative d'appel de Paris en février 2004. Le benchmarking hospitalier reste toujours à inventer.

Quel qu'en fut le prix, il n'était pas question qu'un électron libre puisse intervenir dans ce secteur et démontre noir sur blanc que l'économie était à l'époque le cadet des soucis de cette fédération⁴⁶ et de la majorité de ses membres. En effet, nous aurions précisément documenté que les Français payent des coûts très différents selon qu'ils sont hospitalisés ici plutôt que là, pour la même maladie, le même service. Personne ne

⁴⁶ Mes relations sont aujourd'hui excellentes avec les dirigeants actuels de cette fédération, mais la question structurelle n'ayant pas été réglée, d'autres hommes pourraient mener demain la même politique que celle des années 1980 et du début des années 1990..

L'HOPITAL VU DU LIT

m'a soutenu, pourtant il s'agissait non seulement de prix mais aussi de qualité des soins.

La qualité, les hospitaliers en parlent d'autant plus facilement qu'ils ne la mesurent pas. En effet, j'ai aussi tenté des expériences dans ce domaine pour compléter la comparaison des coûts et démontrer qu'en France, comme à l'étranger la qualité n'est pas uniquement une question d'argent. Le mieux pour le patient n'est pas nécessairement le plus cher pour l'assuré social. Malheureusement, contrairement aux valeureux combattants du *Cid*, si nous partîmes cinq cents candidats pour mener une véritable expérience d'évaluation de la qualité des soins, nous arrivâmes moins de quinze et nous abandonnâmes, faute d'avoir pu atteindre le nombre significatif d'une trentaine ! Que de lâcheté derrière les grands mots utilisés ! Le terme de « qualité », employé seul ne veut rien dire: qualité de quoi, mesurée comment, perçue par qui? Les hôpitaux publics ont, dans ce domaine, plus d'un quart de siècle de retard sur les entreprises privées.

Si les hôpitaux traversent une crise profonde, c'est parce qu'un certain nombre de notables, je n'ose pas écrire « de responsables », dont on ne dira jamais assez de mal, ont combattu, souvent avec succès, les réformateurs de droite comme de gauche, causant de lourds préjudices aux générations à venir. La force d'inertie était leur premier atout, les ministres passaient et les hauts fonctionnaires n'avaient pas seuls suffisamment de légitimité ! Ils mènent aujourd'hui une retraite paisible, avec certainement le sentiment du devoir accompli.

La crise s'aggravait jusqu'à ce que Jean-François Mattei ait le courage en 2004 de modifier le financement des hôpitaux, comme nous l'imaginions dès 1986. La Fédération hospitalière de France ne tient plus le même discours. Le changement d'homme et de situation politique conduisent enfin cette fédération à reconnaître que : «...l'assouplissement des règles de gestion de l'hôpital est une nécessité. » Les hôpitaux vont donc pouvoir être financés en fonction de leur activité et non plus de leur histoire budgétaire. Cette réforme répond à pratiquement toutes les critiques que nous avons portées.

UN UNIVERS OU L'ARGENT N'EST PAS COMPTE

Toutefois, comme avant cette réforme les établissements étaient en grande difficulté financière et que celle-ci va la révéler, il est à craindre que l'on impute les difficultés passées à la réforme à venir. Elle va être longue à mettre en œuvre (huit ans) et le pendant social permettant à certains hôpitaux de licencier n'est pas encore d'actualité⁴⁷. Les années 2004 et 2005 vont être cruciales.

Le discours social a dominé le discours économique et le discours médical. Il suffit pour s'en convaincre de constater la pauvreté en équipements des hôpitaux, le délabrement de certains services, les difficultés de la recherche et d'imaginer l'espace d'un instant les investissements et la qualité des investigations que l'on aurait pu réaliser avec les milliards d'euros des grèves des années 2000-2002 et de la mise en œuvre des 35 heures.

Ce refoulement de l'économie a abouti au rationnement, à l'inégalité des chances et au gâchis de l'argent des assurés sociaux. Pourquoi a-t-on oublié que, pendant toute leur vie, les Français travaillaient chaque année 28 jours par an pour financer la seule assurance maladie ? Ne leur doit-on pas des comptes pour ce travail et le stress qu'il induit ? D'où nous vient cette pudeur, cette incapacité, outre la bien compréhensible stratégie de tel ou tel groupe ou de telle corporation, de tenter d'éviter d'avoir à rendre des comptes. Les réformateurs semblent avoir gagné. A quel coût collectif ? Il est certainement considérable : nous avons au moins perdu vingt ans et devoir traverser encore une ou plusieurs crises. La réforme du financement ne suffira pas.

⁴⁷ Globalement nous allons manquer de personnel qualifié dans le secteur de la santé. Toutefois cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas ici trop de personnel et là pas assez.

Soigner au nom de quoi : à la recherche de nouvelles légitimités?

Découvrant la mort à l'occasion du décès d'un de ses arrière-grands-parents, une de mes petites filles de 4 ans confia à sa mère qu'elle ne voulait pas terminer sa vie sous terre et qu'elle souhaitait donc croire en Dieu pour ressusciter, comme Jésus. Percevant peut-être la fragilité de cette manière logique de résoudre la question, et occupée par cette découverte essentielle, elle me nargua quelques jours plus tard : « Tu es un vieux papy et d'ailleurs les filles meurent plus longtemps que les garçons ! » Notre désir d'immortalité fait faire à la bienséance quelques entorses, pas uniquement chez les petites filles.

« Les médecins, debout du haut de leur superbe, parquent tous les jours dans tous les mouroirs à pauvres de l'Assistance publique poursuivis par le zèle gluant d'un troupeau de sous-médecins serviles qui leur collent au stéthoscope comme un troupeau de mouches à merde sur une blouse diplômée, et les médecins debout parquent au pied des lits des pauvres qui sont couchés et qui vont mourir, et les médecins leur jettent à la gueule sans les voir des mots gréco-latins que les pauvres couchés ne comprennent jamais, et les pauvres couchés n'osent pas demander pour ne pas déranger le médecin debout qui pue la science et qui cache sa propre peur de la mort en distribuant sans sourciller ses sentences définitives et ses antibiotiques approximatifs, comme un pape au balcon dispersant la parole et le sirop de Dieu sur le monde à ses pieds. Alors, fais gaffe, toubib, j'ai piégé mes métastases. Le premier qui touche à mon cancer j'y saute à la gueule.

Sic transit gloria mundi. Amen »⁴⁸

⁴⁸ Pierre Desproges, *Les réquisitoires du tribunal des flagrants délires*, Seuil – France Inter – novembre 2003.

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

Dans nos sociétés, l'hôpital est l'institution où tente de se polir la contradiction fondamentale des êtres humains qui veulent vivre et doivent mourir. Le partage de la nuit des autres le rappelle: lui ce soir, demain moi, même si le « fantasme de la toute-puissance médicale », pour reprendre l'expression de Catherine Breton⁴⁹, pourrait faire croire qu'il y aura toujours un autre matin si l'on est courageux, optimiste, si l'on maigrit, si l'on arrête de fumer, si l'on fait du sport, si l'on mange des poissons gras, si le progrès de la science ...

La violence n'est plus canalisée par la religion, elle se traduit donc le plus brutalement du monde, aux urgences notamment quand elle n'est pas encore étouffée par les neuroleptiques. A la violence s'associe, et c'est nouveau, une solitude non pas philosophique – elle est universelle - mais sociale, c'est le côté noir de l'assurance maladie. En cotisant, nous atteignons plusieurs objectifs, les deux premiers constituent la face positive de cet extraordinaire progrès : nous nous garantissons des risques à venir et nous exprimons notre solidarité à l'égard de nos concitoyens. Cette solidarité demeure relative car limitée aux « ayants droit » de l'assurance maladie, ce qui est loin d'être toute l'humanité. Les hospitaliers le savent eux qui décident parfois d'intervenir pour un patient sans droit parce qu'il va mourir et parce qu'ils sont médecins et ceci en dépit de toutes les consignes des administrations successives. En revanche peu de Français sont conscients que le monde meurt à notre porte.

Le troisième, le versant noir de cette précieuse solidarité ne doit pas être passé sous silence : en cotisant nous nous dédommageons simultanément d'une éventuelle culpabilité, nous achetons un droit à l'égoïsme. Si la Sécu se charge de mes parents, de mes proches, pourquoi devrais-je le faire ? N'ai-je pas payé pour cela ?

Il y a cinquante années, tentant de décrire la médecine à ses élèves, le professeur Paillard des hospices civils de Lyon

⁴⁹ Catherine Breton, « Les jurisprudences, les maladies nosocomiales, l'obligation de résultats, responsabilités et civilisation », la lettre de l'infectiologie, Tome XV – n°3 – mars 2000.

L'HOPITAL VU DU LIT

s'exprimait ainsi : «C'est ça la médecine. C'est s'émouvoir en devinant l'angoisse dans les yeux d'un malade et sa joie quand il guérit... C'est être dérangé dix fois pour des riens ; la onzième répondre en groggelant : «j'irai demain» et trouver une péritonite appendiculaire qui meurt d'une opération trop tardive, et s'en souvenir toute sa vie...C'est renoncer à un voyage parce que l'on soigne une fièvre typhoïde, partir serait trahir sa confiance...C'est, cardiaque, angineux, taire son mal pour faire encore un accouchement parce qu'il est gratuit et mourir, au retour d'une crise aiguë d'angor ; c'est passer la nuit auprès d'une hémoptysie sans oser s'en aller parce que le père, médecin pourtant, vous a dit : «Ne partez pas, j'ai trop peur»...C'est visiter un vieillard qui s'éteint et qui a vous dit, lui : « Venez souvent, venez pour m'aider à mourir... ».

« Je crois que l'on peut dire aussi « si la Charité, si l'Amour disparaissaient du monde, on les retrouverait sur une ordonnance ». ⁵⁰

Aujourd'hui une femme médecin à Paris appelant le service où elle avait été « attachée » pendant plus de quinze années et réussissant à obtenir enfin une interne au bout de la ligne, lui décrit longuement le cas de la malade qu'elle souhaite faire hospitaliser.

L'interne convient que ce cas nécessite qu'elle soit rapidement admise. Jusque là tout va bien, mais, afin que sa patiente soit reçue de manière moins anonyme, le médecin demande à l'interne son nom et précise que l'intéressée, habitant tout près de l'hôpital, va arriver dans quelques minutes. L'interne refuse de lui répondre. Sa consœur insiste.

« Comment vous appelez-vous ?

- Je ne vous dirai pas mon nom".

- C'est insensé, il n'y a rien de plus naturel que de donner son nom, même à la Sécurité sociale les agents ne sont plus des numéros."

⁵⁰ Francis Paillard, Conférence à la faculté de médecine, 1952. In René Morneix, *Album de famille*, éditions Stéphane Bachès, Lyon 2002.

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

- Il n'en est pas question et d'ailleurs, vous cherchez à vous protéger », répond-elle.

- Non, Madame, je souhaitais seulement que ma patiente soit accueillie par quelqu'un qui connaisse son histoire clinique, à défaut, semble-t-il, d'humanité ».

L'interne crie son nom et raccroche.

Où retrouver cette humanité qui, avec la vocation dont on n'ose plus parler, allait hier de soi ?

Est-ce un cas particulier ? Est-ce une conséquence du mode de sélection ? Cette brutalité pourrait-elle être atténuée par une formation réelle des médecins à la relation ? Est-ce la conséquence de la jurisprudence des tribunaux, l'esprit 35 heures, s'il existe, ou bien, tout simplement, une question de perspective, le phénomène éternel où chaque génération pense qu'elle seule a été bien formée ? J'aimerais être certain qu'il n s'agit que de changement de perspective.

La charité ? Cette vieille idée a toujours ses défenseurs. Ils estiment qu'il est bon d'apprendre la générosité aux enfants (les pièces jaunes) ou de susciter chez les téléspectateurs la compassion en se souvenant, au moins un jour par an, qu'il existe des handicapés (le Téléthon). Pour ma part, je pense que la charité, fût-elle républicano-médiatique, instaure toujours la dépendance et l'arbitraire et qu'elle ne peut donc se substituer à la solidarité⁵¹ même si elle la précède et parfois la pousse. Si on ne parle plus de « bons pauvres » du moins choisit-on toujours seul de « bons projets », par exemple le Téléthon oriente la recherche française autrement que la direction de l'INSERM ou du CNRS ne l'aurait fait. Cette nostalgie d'une époque où la bourgeoisie pouvait à bon compte se fabriquer une conscience, occulte encore toute vision, tout projet, sur l'avenir de l'hôpital et du système de santé.

Le dévouement de Madame Chirac paraît sincère. Est-il cependant décent de demander à des « vedettes » de participer sur France 3 à une « grande soirée de solidarité » pour les

⁵¹ Elle n'est concevable que quand elle est dérangeante, révolutionnaire (Emmaüs).

L'HOPITAL VU DU LIT

personnes âgées alors que, neuf mois plus tôt, la majorité présidentielle a réduit de 1 milliard d'euros les crédits de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), destinés justement à l'aide au maintien à domicile des personnes dépendantes? Cette soirée du 29 septembre rapportera 271 495 euros.

« L'assistance de la classe infortunée est une charge de l'État » soulignaient déjà les rapports du "Comité de mendicité" de la Convention, très influencé par les idées de La Rochefoucauld-Liancourt⁵², il y a plus de deux siècles déjà. Traversons-nous une nouvelle Restauration? La charité médiatique occupe plus d'espace télévisuel que la solidarité républicaine : le Téléthon et les pièces jaunes sont mieux connus des Français que la Sécu qui pourtant redistribue près du quart des richesses nationales. Cette nouvelle charité semble offrir un excellent rapport politique mais, pour les personnes âgées, le rapport financier est calamiteux : 3 600 fois moins d'euros disponibles ! Pour le dire autrement, il faudrait que Mme Chirac, tous les soirs pendant dix ans, anime la même émission, avec le même rendement financier, pour compenser l'argent qui a été gelé au début de l'année 2003.

Mais qui comprend quelque chose aux comptes sociaux ? Car ce n'est pas la seule turpitude de cette année-là que racontent ces comptes, quand on les regarde. En effet, sur les 180 millions de crédits nouveaux prévus au budget 2003 pour les institutions accueillant les personnes âgées, le gouvernement en avait « gelé » 100 millions dès le début de l'année 2003, réduisant d'autant les moyens de ces établissements et retardant l'application d'une importante réforme de la tarification prévue depuis de longues années. On peut alors comprendre une des raisons de son embarras au moment de la canicule, mais celle-ci aura eu au moins un effet bénéfique : celui de dégeler ces crédits et quelques autres.

⁵² Maurice Rochaix, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Berger-Levrault, Paris 1996.

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

Soigner pour partager les bienfaits de la science médicale ? Au cours du XX^e siècle l'hôpital a progressivement abandonné ses fonctions sociales jusqu'à ce qu'elles soient, sinon interdites, du moins ignorées. Malgré tout, il demeure la plus importante institution sociale. Cette occultation collective des fonctions sociales de l'hôpital est lourde de conséquences et génère de nombreuses injustices. La loi du 30 juin 1975 a en effet institué la séparation entre le secteur « sanitaire » et le secteur « social ». Toute activité qualifiée de « sanitaire » bénéficie du financement de l'assurance maladie, en revanche celles classées dans la catégorie « sociale » sont laissées à la charge des familles quand elles peuvent les financer, sinon les départements leurs viennent en aide. Une maladie évolutive est sanitaire, une maladie stabilisée qui produit un « handicap » est sociale. Cette distinction a des conséquences pour les familles. Ma mère qui trouvait lourde la prise en charge de mon père à la fin de sa vie, me disait: « J'ai au moins la chance que ton père soit atteint d'une *véritable* maladie ».

En effet, la leucémie de la personne âgée est prise en charge à cent pour cent par la Sécurité sociale, mais si mon père avait été atteint de la maladie d'Alzheimer, ma mère et nous, ses enfants, aurions dû assurer le coût de la prise en charge, à l'exception des frais médicaux. C'est cette distinction qui conduit les handicapés et leurs parents à être trimbalés d'une institution à l'autre, à rechercher des places alors qu'il y a plusieurs années d'attente, surtout à Paris qui accuse dans ce domaine un retard considérable. Ils reviennent à l'hôpital mais celui-ci ne peut pas véritablement les prendre en charge. Par humanité, les médecins jouent le rôle d'assistante sociale et aident la personne autant qu'ils le peuvent. Car les hôpitaux demeurent le seul véritable recours, même s'il est provisoire.

Cette même loi a conduit les hôpitaux à confier à d'autres institutions la gestion de leur maison de retraite même quand elles étaient par eux bien gérées. L'assurance maladie fut d'abord créée pour assurer un revenu de remplacement aux personnes

L'HOPITAL VU DU LIT

malades⁵³, puis commença à rembourser les soins à conditions qu'ils soient définis de manière limitative. Déjà dans les années 1790 les gouvernements se préoccupaient de la croissance des dépenses d'assurance maladie au sens le plus strict, ce qui d'ailleurs exclut toute prévention.

C'est pour compenser ces situations aussi absurdes que dramatiques que le président Chirac a annoncé, trente ans après les Pays-Bas, dix après l'Allemagne et cinq après le Japon, le financement du risque *dépendance*, le « cinquième risque », en sous-estimant cependant les conséquences financières de cette bonne décision.

Mais l'aspect juridique n'est que la conséquence d'une conception limitative de la médecine. Non seulement dans l'esprit de nos concitoyens médecine et santé se confondent⁵⁴, mais encore le modèle « biologique » d'une médecine exclusivement scientifique conduit progressivement à ignorer le sujet, à ne le voir qu'à travers des images ou des paramètres. Cinq mois après mon intervention, souffrant anormalement du genou, ma kinésithérapeute, pourtant aussi humaine qu'excellente clinicienne, se rendait compte qu'il y avait quelque chose d'anormal car, selon elle, je ne devais pas souffrir comme cela de ses massages. Toutefois, ce n'est qu'à la lecture des clichés radiologiques qu'elle put dire: « Oh la-la oui ! Vous souffrez vraiment! »

Le sujet, même pour les cliniciens les moins atteints par cette idéologie scientiste, reste suspect. Je ne me souviens plus du nom du professeur de médecine qui répétait à ses élèves que leur rôle consistait à « guérir parfois, soulager souvent et consoler toujours » Toujours est-il que seuls sont officiellement financés par l'assurance maladie les hommes et les machines à

⁵³ Ce n'est qu'en 1958 que le remboursement des soins a dépassé en valeur le remboursement des indemnités journalières.

⁵⁴ Ce n'est pas parce que l'on a la même médecine que l'on a la même santé, sinon comment expliquer les grandes variations de l'espérance de vie des Français selon leur lieu de résidence ? Ils bénéficient de la même médecine mais n'ont pas la même santé. Les dépenses dites "de santé" ne sont à 98% des dépenses médicales...

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

guérir, alors que la réalité des services ne se limite pas à cet aspect, même dans les services de pointe où la tâche la plus prenante reste pour de nombreuses spécialités l'accompagnement de ceux dont la vie s'achève.

L'information, la vérité ? Certes, mais que veut dire informer ? Quelle vérité ? Jusqu'où ? Qu'est-ce que cela implique concrètement ? Que comprend le patient de ce que lui dit le médecin ? Catherine Breton a pu notamment démontrer que, quand on annonce une maladie grave à une personne (séropositivité au VIH, cancer...), qu'on lui décrit à cette occasion, comme il se doit, ce qu'est cette maladie et les étapes thérapeutiques qui vont suivre, elle s'en souvient rarement. Trois semaines plus tard, le patient lui dira : « Mais docteur vous ne m'avez jamais dit cela ! » Les enregistrements de la première consultation, avec l'accord du patient, témoigneront du contraire. L'esprit parqué dans les oubliettes du cerveau, ce que le corps ne veut pas entendre. Il est comme sidéré, comme saturé d'émotion par ce qu'il vient de découvrir. Comme le docteur Kosakevitch-Ricbourg, en cas d'accident, « ... il existe toujours un état modifié de conscience. Il peut être vécu comme un état d'extrême lucidité permettant d'accomplir les gestes utiles, ou comme 'un trou noir j'entendais tout mais je n'étais pas là'. Souvent il s'agit d'un état de dissociation péritraumatique : 'il y avait le SAMU, c'était comme dans un film', 'je voyais ce qu'ils me faisaient, mais j'étais à côté', 'j'avais pas mal, c'était pas moi'... Un blessé rapporte un sentiment de sécurité plus grand pendant le transport qu'à l'arrivée aux urgences. »⁵⁵

Ce phénomène ne constitue pas la seule difficulté de l'information du patient par le médecin, aujourd'hui obligation légale. Comment répondre à la question :

« Docteur, est-ce que c'est grave » ?

⁵⁵ Larissa Kosakevitch-Ricbourg, « Médecine moderne ou le tronçonnage du patient », Diplôme d'université de victimologie, Université René Descartes, 2002.

L'HOPITAL VU DU LIT

Le médecin ne possède pas toujours de réponse. Le silence est pourtant inacceptable tant nous avons foi en la toute puissance de la médecine. Comme l'indique encore Catherine Breton à propos de la jurisprudence concernant les infections nosocomiales : « ... la nouveauté est que les médecins peuvent être rendus responsables de leur 'non-toute-puissance' »⁵⁶ car on les poursuit pour des infections qui ne peuvent être ni toujours évitées, ni toujours soignées quand elles se déclarent. « Une théorie de la médecine, que sous-tendrait l'idée de guérisseur scientifique, comporte le risque de créer une société totalitaire, car en niant la part de l'énigme de la maladie, donc la nécessité de recherche, en affirmant la vérité totale d'un savoir sur la maladie et la mort, il y a un risque de toucher les bases mêmes de la civilisation. »⁵⁷ A supposer que le médecin ait porté un diagnostic sans ambiguïté et qu'il connaisse bien les derniers essais cliniques, conditions loin d'être toujours remplies, au mieux il ne pourra répondre à son patient qu'en lui donnant une probabilité. Les statistiques ne comptent pas pour un individu : déclarer à un malade que l'espérance de vie des patients atteints de la même affection que lui est de trois mois ou de trois ans ne dit rien de son cas et ne soulage guère. Ce malade sera vivant ou mort, bien portant ou diminué, à cette date évoquée. Si l'on utilise des statistiques c'est justement parce que l'on ne sait pas répondre à la question posée. Les probabilités sont une manière d'afficher une ignorance relative. Qu'est-ce qu'une chance sur deux, une chance sur dix, si l'on est du mauvais côté de la « chance » ? En outre mon expérience récente montre que quand les médecins utilisent ce type de réponse, en général ils choisissent des probabilités très favorables au malade. Est-ce alors un mensonge (variété pieuse) ou de la désinformation ?

Le législateur, comme les tribunaux, font l'hypothèse que le patient comprend la réponse qui lui est donnée. Est-ce toujours le cas alors qu'il me semble que le fonctionnement du

⁵⁶ Catherine Breton, « Les jurisprudences, les maladies nosocomiales, l'obligation de résultats, responsabilités et civilisation », La lettre de l'infectiologie – Tome XV – n° 3 - mars 2000.

⁵⁷ Article cité, note 25.

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

corps humain est très mal connu de nos concitoyens ? Au début des années 1960, quand je terminais mes études secondaires, la formation de base en « sciences naturelles » des Français était limitée : à la géologie en classe de quatrième, la photosynthèse, le cycle de l'azote, la division de la cellule et la piquante sexualité des oursins étudiés en classe terminale. Je me livre aujourd'hui dans mon entourage à des expériences (cruelles) qui consistent à demander d'expliquer la différence entre une artère et une veine ou celles qui distinguent un virus et une bactérie. Essayez, vous serez surpris des réponses que donnent dans ce domaine des personnes « éduquées » ! La méconnaissance des quelques notions fondamentales de biologie humaine est abyssale : une femme bardée de diplômes confiait à une amie qu'elle venait de sentir son ovulation, alors qu'elle était pourtant sous pilule.

Si donc, dans la plus parfaite sérénité, en pleine maîtrise de nos moyens, nous ne comprenons pas toujours ce que nous disent les médecins, qu'en est-il quand nous sommes malades, choqués, psychologiquement perturbés ? Les concepts de la médecine contemporaine (quand elle n'est pas aussi malheureusement qualifiée de « douce ») sont glanés dans des revues et plus ou moins assimilés.

Informé peut nuire. « Lorsque l'on nomme des effets secondaires d'une substance que l'on étudie contre placebo, les études montrent que la nomination des effets secondaires déclenche entre 20% et 80% d'effets secondaires y compris lorsque la personne a reçu un placebo⁵⁸ ». Autrement dit, informer n'est pas médicalement anodin surtout que nous nous mentons souvent à nous-même.

Il y a bientôt vingt ans, un ami oncologue soignait depuis plusieurs années une femme pour une tumeur. Hospitalisée, attendant sa prochaine séance de chimiothérapie, elle se plaignait fréquemment de douleurs intestinales. Comme il n'arrivait pas à en trouver les causes biologiques, il lui conseilla

⁵⁸ Catherine Breton, « Médecine : obligation de prouver l'information – Traumatisme et langage », mars 2000.

L'HOPITAL VU DU LIT

de voir le psychologue de l'établissement. Le lendemain au cours de la visite, la patiente était très pâle :

« Il semblerait, Madame, que vous ayez toujours mal au ventre ? »

- Non, docteur. .

- Alors que se passe-t-il ?

- Ben voilà, le psychologue m'a dit que j'avais un cancer et qu'avec ce cancer je n'en avais plus que pour six mois. »

Commentaire du cancérologue :

« Il ne l'a pas ratée, elle est morte dans les six mois. »

Il est difficile d'informer un malade. En avoir fait une obligation légale, et pas seulement éthique, était peut-être nécessaire, mais je n'en suis pas convaincu. Je crains en effet que la tendance jurisprudentielle des tribunaux ne conduise les médecins à être plus brutaux qu'ils ne souhaiteraient l'être en assénant au malade des informations qu'il ne voudrait pas, à ce moment là, entendre, à supposer qu'il les comprenne !

Depuis quelques mois, dans certaines maternités, quand un enfant se présente par le siège, le médecin explique aux parents les conséquences des différentes solutions possibles et les laisse choisir!

Une amie traitée pour un cancer grave supporte bien ses premières séances de chimiothérapie et en fait part, optimiste, à son médecin.

« C'est normal, vous n'avez encore rien vu, lui répond-elle, le pire ce sera après la septième séance et surtout l'année prochaine après l'opération car l'on hésitera, même si les nouvelles sont bonnes, à se prononcer sur votre rémission ».

Information ou sadisme ? Au XVI^e siècle, Ambroise Paré remarquait déjà que : « mieux vaut une espérance douteuse qu'un désespoir certain ». Nous n'avons pas changé. Faut-il que le médecin réponde aux questions que le malade ne lui pose pas ? A un stade de dépendance, on a plus besoin de confiance dans l'équipe qui va vous prendre en charge que d'explications, plus

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

besoin d'organisation que de rites bureaucratiques, comme celui consistant à distribuer aux urgences la charte des malades hospitalisés, à l'évidence bafouée. La Cour de cassation a rendu obligatoire le devoir d'information des patients et a précisé qu'il fallait leur expliquer toutes les complications, y compris les plus exceptionnelles. Quelle perversité! Pour moi la liste aurait commencé par un : « Vous pouvez mourir », suivi de: « vous pouvez être infecté, devenir boiteux, vous faire réopérer, être impuissant, incontinent »... J'en passe. Heureusement qu'elle me fut épargnée!

« Je ne veux rien savoir de mon corps », m'a dit avec vivacité l'ami et compagnon de repas du centre de rééducation où j'ai passé plusieurs semaines. Ce n'est pas mon cas, mais j'ai donc, comme d'autres, occulté des informations simples. Peut-être fallait-il pour les assimiler l'autorité du « patron » qui légitime l'information et contribue ainsi à la rendre consciente.

La participation du personnel à la gestion des hôpitaux ? Cette idée de gauche, est, nous l'avons vu, calamiteuse quand les hôpitaux n'ont aucune autonomie et que toute tentative d'amélioration du service n'est pas localement récompensée. L'application des 35 heures a souligné la contradiction entre l'intérêt des malades et celui du personnel hospitalier, surtout quand la classe politique laisse entendre que travailler à l'hôpital ne peut être qu'aliénant.⁵⁹

Les usagers ? Aujourd'hui, ce sont effectivement les « usagers », nouveaux acteurs à part entière qui seraient porteurs de ce supplément d'humanité. Il leur est offert ès qualité des postes dans les conseils d'administration des hôpitaux et des caisses d'assurance maladie. Leur point de vue doit en effet venir enrichir celui des politiques et des professionnels. L'utilisateur n'est plus le malade dépendant d'autre fois.

⁵⁹ Les 35 heures mises en place par la gauche n'ont pas été remises en cause par la droite.

L'HOPITAL VU DU LIT

Mais qui sont les usagers et qui est légitime pour les représenter ? Si des associations de malades comme celles des diabétiques ou des personnes contaminées par le virus du sida ont contribué à transformer le système de santé au cours de ces vingt dernières années, si leur légitimité est incontestable, ces cas demeurent l'exception. Il existe peu de circonstances en effet où la maladie est aussi centrale à l'être et à son devenir. Les malades atteints d'un cancer ne se définissent pas d'abord comme des cancéreux, il en est de même des cardiaques, des plâtrés, des provisoirement ou des définitivement boiteux. Dans la plupart des cas, les « usagers » des associations ne sont pas des malades permanents mais des citoyens autoproclamés « usagers » ayant choisi de militer dans une association. Je me méfie instinctivement de ce type de militantisme et pas seulement parce que certaines associations expriment des intérêts trop proches de l'industrie pharmaceutique, voire du personnel de l'hôpital, pour n'être pas suspectées.

Encore une fois à l'exception des cas cités ci-dessus, des familles de malades mentaux et de handicapés, voire de quelques autres cas dramatiques que nous aurions oubliés, la décision de s'engager dans ce type d'association me paraît curieuse et je me demande toujours la cause que souhaitent défendre ces militants et les comptes qu'ils ont à régler. En outre, du fait de la diversité de ces associations, le gouvernement est contraint d'imaginer un dispositif très complexe pour créer un Collectif interassociatif sur la santé (CISS), il doit également définir des critères de représentativité, créer des collèges pour que ceux-ci nomment des représentants dans des instances importantes comme les caisses d'assurance maladie ou les hôpitaux. L'opacité règne. Qui va représenter qui, au nom de quoi ? En attendant une réponse, nul doute que tout ceci sera source de recours contentieux multiples et, très vraisemblablement, sinon de scandales, du moins de manipulations. Je suis toujours surpris par les tendances de nos élus à se défaire de leur légitimité politique. Quels meilleurs représentants des usagers que ceux et celles que nous choisissons démocratiquement ? A défaut, les représentants des mutuelles et autres assureurs complémentaires auraient pu faire

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

l'affaire. Ils sont choisis chaque année quand les cotisations sont versées, la représentativité ne fait aucun doute et le mandat est clair : gérer au mieux pour les cotisations versées.

Ce n'est pas le choix du moment. Le tiraillement des médecins et des établissements de soins à la suite d'injonctions contradictoires va donc encore s'accroître. Je crains que l'on ne découvre vite les limites des usagers en poursuivant cette fautive idée qui ne rajoute qu'un son de plus à la cacophonie ambiante. Attendons.

Les malades veulent-ils être toujours des personnes à part entière ? Ne cherchent-ils pas à se réfugier, au moins de temps en temps, dans ce rôle de malade qui les protège ? Être « bon malade » veut aussi dire être bien soigné. Comme le rappelle François Dubet⁶⁰, « les bons malades font confiance à la science, ils s'abandonnent au protocole thérapeutique tout en voulant guérir et se battre contre la maladie ; ils font confiance mais ne s'abandonnent pas trop, gardent pudeur et retenue. Les mauvais malades en font trop, ils râlent, protestent ne font pas confiance, veulent être trop informés ; ou, au contraire, ils sont trop passifs, laissent faire et se laissent faire... » Pour illustrer son propos, il cite une infirmière qui faisait part de son expérience de patiente : « Les malades, ils veulent simplement être câlinés et bien soignés... Le malade a besoin d'être materné et qu'on comprenne sa douleur et sa peur de la mort ». Usager ? Ce que cherche le patient, c'est d'abord la confiance en l'équipe qui le prend en charge. Je ne vois pas comment, par quel mécanisme opérationnel, le représentant des usagers au conseil d'administration d'un hôpital va accroître cette confiance d'autant plus que l'usager est une victime en puissance et qu'il va accroître la méfiance plus que tendre à conforter une très fragile cohésion. L'hôpital ne manque pas, sans les usagers, de forces centrifuges !

⁶⁰ François Dubet, *Le déclin de l'institution*, page 205, Le Seuil, Paris 2002 ?

L'HOPITAL VU DU LIT

Usager ou « consommateur » ? Didier Sicard⁶¹ distingue cette évolution dans sa clientèle : « ...face à la médecine qui cherche constamment à étendre son territoire pour drainer de plus en plus de sujets à traiter, la réponse de la société est consumériste. Peu à peu s'installe un dialogue de sourds entre deux revendications contradictoires: celle de la médecine qui voudrait s'adresser à des malades mais qui s'adresse à des sujets en bonne santé, et ceux qui revendiquent le statut de malade pour rester en bonne santé ». N'oublions pas qu'il existe de très puissantes industries qui « communiquent » une nouvelle image de la médecine.

Il ne dépend que de nos malheurs et de leur perception pour que croisse encore le grand marché du XXI^e siècle , celui de la santé. Comme l'indique *The Economist*⁶² qui n'est pas véritablement un journal gauchiste : « Le *British Medical Journal* suggère que Pfizer [serait] en train d'inventer un nouvel état pathologique, le dysfonctionnement sexuel féminin, pour tenter d'accroître le marché des médicaments contre l'impuissance ». Il en est également ainsi de certains troubles du comportement, domaine où l'industrie pharmaceutique a tenté d'inventer de nouvelles maladies pour placer de vieux médicaments. Cette industrie a cependant moins besoin de ces nouveaux marchés dans l'immédiat car elle a obtenu du gouvernement américain de faire de la publicité auprès du grand public. Son chiffre d'affaires s'accroît à des rythmes annuels considérables (près de 20%). Il est vrai qu'elle dépense plus d'argent pour un seul médicament que ne le fait Pepsi Cola pour l'ensemble de ses produits ! Les patients deviennent ses meilleurs commerciaux et si les sommes investies sont considérables, c'est qu'elles rapportent encore 17 dollars de vente pour 1 dollar de publicité.

⁶¹ Didier Sicard, "*La médecine sans le corps- Une nouvelle réflexion éthique*, Plon, Paris 2002, page 100.

⁶² Pushing Pills, « Marketing drugs to doctors is turning into a tricky business » (Vendre des médicaments aux médecins devient un sale boulot), *The Economist*, 15 février 2003.

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

Certains médecins se font les alliés objectifs de ce consumérisme médical. Quand un rapport de l'INSERM⁶³ prétend qu'un enfant sur huit est atteint de trouble mental, on constate que cette nouvelle épidémie n'est heureusement due qu'aux définitions des troubles mentaux. Quelques psychiatres réagissent avec vigueur⁶⁴.

Le mythe de la réparation sans fin, celui du *médecin-garagiste* (pour toute « panne » il y a un remède), ne se développe pas qu'en Amérique du Nord. Les responsables de l'industrie ne se rendent même plus compte du ridicule de leurs déclarations : « Nous tentons tous de mourir en bonne santé, grâce notamment à de nouveaux médicaments »⁶⁵ écrit, sans rire, un chef d'entreprise pharmaceutique dans les colonnes d'un prestigieux journal! De nombreux ministres de la Santé du monde entier (Amérique du sud, Israël, Europe centrale...), mais pas encore de France, n'utilisent pratiquement plus les termes de concitoyen, de patient ou de malade, mais celui de « client » pour évoquer les personnes fragiles de leurs pays dont ils ont la responsabilité. Il est vrai que ce mot ne choque plus ceux qui se sont fait manipuler par les tenants du marché de la santé et de l'éternelle jeunesse.

Les déçus, les victimes, les consommateurs insatisfaits trouvent vite le chemin du juge. Le juge est du côté de la victime, par compassion, par générosité avec l'argent du contribuable ou de l'assurance maladie, par méconnaissance, par partage d'une commune idéologie consumériste. Il n'est pas certain qu'il soit du côté de la société. En 2000, nous traitions avec dérision la grande « découverte » réalisée en 1999 par la Cour de cassation : celle de l'homme stérile non porteur de

⁶³ Troubles mentaux-Dépistages et prévention chez l'enfant et l'adolescent, Editions Inserm 2002.

⁶⁴ Caroline Elliachef, Libération, jeudi 2 octobre 2003.

⁶⁵ Thomas McKellop, président directeur général d'Astra Zeneca, *Le Monde*, le 31 mai 2002.

L'HOPITAL VU DU LIT

germe⁶⁶. C'est bien entendu ridicule, même après brossage par tous les antiseptiques de la terre, un être humain reste une arche de Noé porteur de plus de germes que le corps n'a de cellules ! Peu importe, une clinique est condamnée pour infection nosocomiale, comme si un établissement de soins pouvait toujours soigner sans que la personne ne soit contaminée parfois avec ses propres germes ou ceux de l'environnement dans lequel elle est prise en charge ! Prétendre que les infections nosocomiales pourraient ne pas exister, nie cet effort, ignore la différence entre ceux qui sont prudents et ceux qui le sont moins et décourage les professionnels de santé. L'intermédiation par le juge de la relation médecin-malade n'annonce rien de bon. D'autant que le juge s'autorise à dire sans pudeur ce que les techniciens de haute volée auraient dû faire. Le juge devient radiologue, chirurgien, anesthésiste, contrôleur aérien, hors contexte, hors incertitude et il s'habille parfois des savoirs d'aujourd'hui pour juger les imperfections d'hier. Cela fut flagrant en France dans le cas des procès du sang contaminé⁶⁷.

Les médecins vont se lancer dans la médecine « défensive », c'est-à-dire réaliser des tests inutiles et onéreux pour montrer au juge qu'ils ont été prescrits. Chaque geste, chaque décision sera décrite dans le dossier. Aucune information sur les effets secondaires d'un produit ou d'un acte ne sera passée sous silence au risque de traumatiser le malade.

Cela améliorera-t-il la qualité des soins ? On peut répondre clairement par la négative si l'on se réfère à la seule étude exemplaire réalisée dans ce domaine. Des chercheurs de l'université d'Harvard⁶⁸, juristes et médecins, ont regardé plusieurs années après l'hospitalisation les dossiers médicaux de 18 000 personnes et les procès qu'ils avaient éventuellement engagés à la suite de leur séjour. A l'examen des dossiers, les

⁶⁶ Jean de Kervasdoué, « Le carnet de santé de la France en l'an 2000 », FNMF – La découverte Syros – Paris 2000.

⁶⁷ Eric A. Feldman, Ronald Bayer editors, *Blood Feuds AIDS, Blood, and the Politics of Medical Disaster*, Oxford University Press, 1999.

⁶⁸ P.C. Weeler et al., *A measure of Malpractice*, Harvard University press, 1983.

SOIGNER AU NOM DE QUOI ?

médecins ont cherché à savoir s'il y avait un accident, une erreur ou une faute médicale commise au cours de l'hospitalisation. Quant aux juristes, ils ont étudié tous les procès qu'ont suscités ces séjours. Seulement dans un quinzième des cas, des fautes commises ont été condamnées. En revanche de nombreux médecins et de nombreux hôpitaux ont été condamnés alors qu'il n'y avait eu aucune faute et de nombreux patients n'ont pas été indemnisés alors que la faute était patente. Le rendement du système judiciaire américain est donc plus bas que celui peu performant de la machine à vapeur ! Il n'y a aucune raison pour qu'il soit meilleur en France. Ce système injuste est donc aussi extrêmement coûteux et pas seulement parce que les assurances en responsabilité civile des médecins sont hors de prix : il y a aussi des coûts humains évidents et des conséquences indirectes fâcheuses quand certains médecins ne veulent plus réaliser des opérations qui pourraient être bénéfiques à certains malades. Ne serait-ce pas la raison pour laquelle les jeunes internes choisissent si peu la chirurgie, et notamment la chirurgie viscérale, qui, il y a quelques années encore, était la spécialité la plus prestigieuse? Il y a trop de responsabilité, trop de complications: le tube digestif en effet abrite quelques milliards de micro-organismes, sources d'infections potentielles.

« Pendant longtemps le monde de l'hôpital n'a perçu de contradictions majeures entre le développement de la science, la qualité des soins aux patients, la liberté de choix des utilisateurs et des médecins et les grands équilibres économiques »⁶⁹. Étant donné qu'ils agissaient au nom de principes quasi-sacrés (avancement de la science, aide aux malades), les médecins ne comprirent pas pourquoi, tout d'un coup, ils devaient justifier ce qu'ils faisaient et comment ils le faisaient alors qu'ils pensaient travailler toujours pour le progrès de l'humanité.

« Les acteurs sont confrontés à des logiques d'action contradictoires dans plusieurs rationalités, celle de la culture, de

⁶⁹ François Dubet, *"Le déclin de l'institution"*, Le Seuil, Paris 2002.

L'HOPITAL VU DU LIT

la production, de la citoyenneté et de l'identité multiple »⁷⁰. Les infirmières sont déchirées entre trois mondes : le monde subjectif de la relation avec le patient, le monde social de l'hôpital en tant qu'organisation, et le monde technique du savoir-faire. « Les techniques relationnelles remplacent les rituels sociaux... Les infirmières valorisent leur relation avec le patient, mais en réalité elles font autre chose ». Si les valeurs et les références sociales ne changent pas, l'organisation évolue, d'où les tensions. De plus en plus, le fonctionnement des grands hôpitaux s'appuie sur un corps intermédiaire composé d'infirmières qualifiées qui ont reçu une formation en gestion. Toutefois ce rôle n'a pas d'image publique, il n'existe pas à l'extérieur de l'institution, même s'il porte l'essentiel des contradictions entre la fonction sociale, médicale et organisationnelle de leur institution.

Il est intéressant de noter que Didier Sicard, professeur de médecine interne, président du Comité national d'éthique, utilise quasiment les mêmes termes que François Dubet, sociologue. Selon Sicard, le malaise des soignants existe « parce qu'ils sont écartelés entre des contraintes économiques, les demandes exigeantes qu'ils jugent parfois non médicales, le comportement consumériste, la crainte du recours judiciaire, la perte du droit à l'hésitation ou à l'incertitude, les références médicales sans cesse actualisées, le sentiment enfin d'être peu respectés »⁷¹.

⁷⁰ François Dubet, page 69.

⁷¹ Didier Sicard, *"La médecine sans le corps- Une nouvelle réflexion éthique"*, page 18, Plon, Paris 2002.

Conclusion

On ne retrouvera de l'humanité que dans la toute-puissance de la médecine cessera d'être l'idéologie dominante et que, ce faisant, nous allègerons les épaules des médecins d'une partie de nos onéreuses et impossibles contradictions. La crise actuelle est une crise de l'orgueil. Il n'existe pas un remède pour chaque mal, à commencer par le mal d'être. La solidarité doit aussi trouver ses limites. Bénéficiaire de l'assurance maladie n'implique pas nécessairement que chaque consultation soit suivie d'une prescription de médicaments (seulement 30% le sont aux Pays-Bas, plus de 90% en France, que tous les vieux messieurs qui ont un cancer de la prostate soient sous la surveillance de trois médecins à temps plein, même si, comme cela est normal, une telle prise en charge fut organisée en son temps pour le président Mitterrand. (Si tel était le cas, pour le seul cancer de la prostate, nous aurions besoin de six millions de médecins en France !). Le jeune cadet de l'équipe de football d'Issoire n'aura pas automatiquement - il pourra en avoir - une IRM parce qu'il s'est foulé le genou alors que le footballeur Ronaldo lui, dans les mêmes circonstances, a subi un tel examen.

La rigidité bureaucratique n'est certainement pas la réponse à ces déchirements. Je n'ai pas la légitimité pour élaborer de nouvelles valeurs, mais je peux dire que l'on doit avancer dans la bonne direction en offrant une réelle autonomie aux hôpitaux et en rasant dès demain les montagnes de règles stupides, obsolètes et inadaptées que des générations de fonctionnaires leur ont imposées.

La mission des hôpitaux doit être claire. Pour tous, soigner humainement en fonction des connaissances du moment ; pour quelques-uns, participer à la recherche mondiale et enseigner. Leur autonomie n'est concevable que si elle est absolue, en contrepartie le contrôle de l'Etat ou des caisses d'assurance maladie doit être réel et les sanctions immédiates. L'émulation entre hôpitaux est une garantie de qualité alors qu'aujourd'hui, y

CONCLUSION

compris avec un ministre libéral, l'Etat organise des monopoles locaux. La volonté de quelques personnes fait plus pour améliorer la qualité des soins que des milliers de règles contradictoires et donc inappliquées. La solidarité républicaine ne peut perdurer que si elle est associée à une éthique de la responsabilité. Elle implique l'autonomie de chaque hôpital et la reconnaissance des élites qui le servent. Quant au respect de l'autre, il doit aller sans dire.

Peut-on canaliser l'angoisse, repousser la souffrance, apprivoiser la perspective de la mort par une autre forme de reconnaissance collective que la seule solidarité médicalisée ? La recherche de la beauté n'ouvre-t-elle pas des chemins parcourus par nos ancêtres dont nous pourrions reprendre les pas ? Les artistes ont le talent de traduire ce qu'il y a d'indicible dans l'aventure humaine. Pour cette raison, j'aime et recherche leur regard et ai modestement tenté, à la suite de mon maître en la matière, Gabriel Pallez⁷², de leur entrouvrir la porte de l'hôpital. Sans prétendre imposer leurs croyances philosophiques ou religieuses, ils traitent toujours de la vie même quand, apparemment, leur propos n'en souligne que la facette absurde. Quand Henri IV (hôpital Saint-Louis) ou Louis XIV (hôpital des Invalides) entreprenaient de faire construire un hôpital pour les pauvres, les déshérités, les exclus, les soldats malheureux, les contagieux, ils choisissaient les meilleurs des architectes, le plus beau des sites et des matériaux pour ces monuments. Ces bâtiments ont traversé les siècles.

L'efficace a pris le pas sur le beau, terme que l'on ne peut même plus évoquer dans un concours d'architecte, comme si la beauté était par essence onéreuse. Or l'hôpital ne peut pas être qu'un bâtiment à soigner, c'est aussi un lieu de vie et de mort. Pour ce qui est de la vie, les couloirs sont le plus souvent sans recherche esthétique et sans perspective, les bureaux et les chambres sans photos ou tableaux et le mobilier on ne peut plus standard. La mort, elle, est évacuée comme le découvrent avec

⁷² Gabriel Pallez fut pendant dix-sept années le directeur général de l'AP-HP et fit beaucoup pour l'architecture hospitalière et l'introduction de l'art contemporain dans les hôpitaux de Paris.

L'HOPITAL VU DU LIT

violence ceux qui se rendent à une levée de corps dans certains hôpitaux et se retrouvent dans des sous-sols, placés entre deux camions de livraison, avec l'impression que la dépouille mortelle qu'ils viennent accompagner est évacuée comme un déchet.

Cesser de prendre la mort pour un échec de la médecine est peut-être une condition pour regarder ceux qui s'en vont, oublier un instant leur organe malade et reconnaître ensemble leur tragédie en attendant la nôtre.

Table

1. La nuit des autres

6

2. (Auto) Critique d'un quart de siècle de réformes hospitalières

45

Une passion hospitalière	46
Une bureaucratie au service de ses agents	53
La crise des urgences	69
Un univers où l'argent n'est pas compté	80
Soigner au nom de quoi :	
A la recherche de nouvelles légitimités ?	90

Conclusion

109

Du même auteur

La Santé rationnée

en collaboration avec John Kimberly et Victor Rodwin
Economica, 1981

La Santé intouchable

Lattès, 1984

Santé, pour une révolution sans réforme

Gallimard, 1999

Le Carnet de santé de la France en l'an 2000

La Découverte-Syros-La Mutualité française, 2000

La qualité des soins en France

Les Editions Ouvrières, 2000

Le Carnet de santé de la France 2000-2002

en collaboration avec Rémi Pellet

Economica-La Mutualité française, 2002

La Santé mentale des Français

En collaboration avec Raymond Lepoutre
Odile Jacob, 2002

Le Carnet de santé de la France en 2003

Dunod-La Mutualité française, 2003

La Crise des professions de santé

Dunod-La Mutualité française, 2003

L'Hôpital

« Que sais-je ? », PUF, 2004

Le Carnet de santé de la France en 2004

Dunod-La Mutualité française

à paraître

REALISATION : PAO EDITIONS DU SEUIL
ACHEVE D'IMPRIMER SUR ROTO-PAGE
PAR L IMPREMERIE FLOCH A MAYENNE (10 04)
DEPOT LEGAL OCTOBRE 2004 N° 67846-2 (61378)
IMPRIME EN FRANCE

L'HÔPITAL

JEAN DE KERVASDOUÉ

VU DU LIT

Expert reconnu des questions de santé publique, Jean de Kervasdoué sait mieux que quiconque comment fonctionne un hôpital. Au cours de sa carrière, il a visité des dizaines d'établissements, a décortiqué leur gestion, a participé directement à la réforme du système hospitalier.

Un inavouable accident de patins à roulettes l'a pourtant conduit à réévaluer son savoir à l'aune de la souffrance du patient.

Certes, on connaît les maux dont souffre l'hôpital, la lourdeur administrative, l'absence de coordination, l'irresponsabilité financière, la démotivation des agents... Mais l'hôpital vu du lit pose d'autres questions : qu'est devenue la place du patient dans ce système ? Comment peut-il se faire entendre ? Pourquoi l'hôpital, lieu de vie et de mort où chacun partage la nuit des autres, s'est-il à ce point déshumanisé ?

Jean de Kervasdoué livre le récit de cette expérience intime, qu'il complète d'une analyse critique (et autocritique) d'un quart de siècle de réformes hospitalières.

Jean de Kervasdoué est professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers. Il a publié de nombreux ouvrages et plusieurs centaines d'articles dans des revues françaises et étrangères.

15 €

www.seuil.com

Photo : Sivan Lewin / © Photonica

ISBN 2.02.067846.2 / imprimé en France 10.04-2

