

SILENCE, ON BOUGE !

[François Crémieux](#)

Éditions Esprit | « Esprit »

2007/1 Janvier | pages 6 à 13

ISSN 0014-0759

ISBN 9782909210520

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2007-1-page-6.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.

© Éditions Esprit. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'HÔPITAL EN MOUVEMENT

Silence, on bouge !

*L'*HÔPITAL public est un objet d'étude paradoxal. Il est le service public le plus apprécié des Français comme le rappellent souvent des enquêtes d'opinions qui disent la satisfaction des usagers. Le citoyen semble même prêt, contre toute attente et contrairement à son opinion générale sur d'autres dépenses collectives, à y consacrer toujours plus de moyens, toute contrainte financière étant envisagée comme du cynisme politique ou administratif face à la maladie et à la souffrance. Cette popularité de l'hôpital est confortée sur nos petits écrans, plusieurs soirs par semaine, par des téléfilms, des fictions ou des documentaires presque toujours enthousiasmés par le dévouement des personnels, les enjeux technologiques ou les dilemmes éthiques face à la vie et à la mort. Bien que souvent caricaturale, la présentation du monde hospitalier y est presque toujours très positive. Les infections nosocomiales – ainsi que se nomment les maladies acquises au détour d'un séjour à l'hôpital – font figure d'exception dans ce concert de louanges télévisuelles. Si l'on parle beaucoup de l'hôpital, c'est pourtant dans un certain silence que les professionnels eux-mêmes assimilent des changements de pratiques et d'organisation dont il nous semble important de prendre ici la mesure.

L'hôpital est, d'autre part, un objet de fierté au cœur de l'« excellence française », illustrée par la comparaison supposée favorable avec le fonctionnement du service public hospitalier britannique ou l'éloge de l'OMS en 2005 pour le « meilleur système de santé au monde ». C'est d'ailleurs un domaine où la France se situe en bonne position des canons internationaux, qu'il s'agisse d'indicateurs financiers ou de qualité. Le promeneur aguerrri qui se transporterait d'un hôpital français à un hôpital du même type en Amérique du Nord ou ailleurs en Europe ne constaterait aucune différence majeure. Nos hôpitaux, leurs équipements, les compétences de leurs professionnels et la qualité de leurs soins ou de leur recherche n'ont jamais à rougir des comparaisons

internationales. Visiter une université américaine ou danoise suffit, à l'inverse, à rappeler l'évidence du sous-financement de l'éducation supérieure en France.

L'hôpital enfin est en mouvement, même si cela ne se voit pas toujours de l'extérieur. Dans une société et, surtout, un débat politique fortement marqué par des interrogations sur le déclin français, l'hôpital public fait figure d'exception. Depuis dix ans, et la chronologie pourrait remonter plus loin, l'hôpital public connaît des évolutions majeures qui en ont profondément marqué les missions et l'organisation. Le mouvement est largement porté par des bouleversements extérieurs et la contrainte de l'adaptation en est une cause majeure, peut-être salvatrice. L'hôpital a en effet la chance d'être régulièrement soumis à des chocs exogènes.

Les chocs exogènes

Les évolutions épidémiologiques, le sida, les pathologies chroniques, le vieillissement de la population ont été déterminants dans la formalisation des droits des patients ou la réorganisation des hôpitaux vers des formes d'hospitalisation à temps partiel (de jour, de nuit, de semaine...) ou encore dans le développement des réseaux de soins. Certaines évolutions technologiques, comme l'essor considérable de l'anesthésie loco-régionale, le développement d'outils diagnostics et thérapeutiques en imagerie ou encore la recherche pharmaceutique et l'apparition régulière de nouveaux traitements bouleversent le fonctionnement de l'hôpital en contribuant en particulier à une forte réduction des durées de séjour. Elles conduisent aussi à des évolutions jusque dans les formations, les cursus professionnels ou les organisations de travail.

Ces premières causes des évolutions que connaît l'hôpital méritent une attention particulière sur un point : elles ne sont pas décidées par le politique, au sens du débat public et de la seule volonté de changement que porterait la société dans son ensemble ou ses représentants. Ces évolutions tiennent à l'apparition et à la disparition de maladies et, parallèlement, aux évolutions de la science.

Le mouvement résulte cependant aussi d'évolutions sociétales. La réforme des 35 heures et, de manière plus générale, l'évolution progressive vers une société du temps de loisir, ont profondément et durablement transformé l'organisation hospitalière, marquée par son fonctionnement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. L'hôpital a subi la réforme des 35 heures de manière exacerbée, de l'impréparation du projet à sa mise en œuvre. Les 35 heures à l'hôpital ont été marquées par l'absence d'anticipation de la réforme sur le marché du travail. En clair, tandis que la réduction du temps de travail associée à un vieillissement de la pyramide des âges des professionnels conduisait inélucta-

blement à des pénuries dans certaines professions réglementées (infirmières notamment), l'anticipation a été minimale et les nombreux clausus réglementant l'accès à telle ou telle profession insuffisamment ou trop tardivement augmentés. La période de mise en œuvre de la réforme s'achève lentement, et divers dispositifs transitoires ont permis d'amortir l'impact de la réduction du temps de travail sur l'organisation hospitalière. Arrive le temps du bilan non plus sur la seule organisation du travail, mais de manière bien plus fondamentale sur le rapport au travail : les 35 heures ont marqué l'entrée des professions hospitalières (et notamment les médecins) dans le droit commun du travail. Le « sacerdoce » n'était plus le terme adapté pour décrire le travail infirmier. L'expression est devenue totalement obsolète dès lors que les professions soignantes (aides-soignants, infirmiers...) pointent à l'hôpital et que le temps de travail est compté à l'heure près, parfois à la minute, dans les hôpitaux où la gestion du temps de travail est assurée par des logiciels. Le temps de travail des médecins hospitaliers répondait, pour leur part, à des codes complexes. Chacun travaillait le temps que le collectif estimait nécessaire à la conduite de tel ou tel type de carrière hospitalière. Il existait un socle commun, l'activité clinique, auquel s'ajoutaient les parts de travail consacrées à la recherche, à l'innovation, à l'organisation, à l'enseignement, aux gardes ou aux astreintes... Seul le socle de base avait un temps réglementé, et encore l'était-il de manière parfois très souple. Les 35 heures organisent désormais le temps de travail de toutes les activités médicales à l'hôpital. La réforme a normalisé le temps au travail et les médecins, comme d'autres professions, n'acceptent plus un rapport au travail, et donc aux loisirs, tellement différent de celui d'autres professionnels.

L'hôpital est ainsi perméable aux évolutions qui arrivent à ses portes. Mais a-t-il le temps de les assimiler ? Leur succession rapide ne sature-t-elle pas sa capacité d'absorption ? Comment fait-il pour les digérer ? Dispose-t-il des outils pour les traduire dans l'évolution de ses organisations ou de son droit ?

Les dimensions du changement

Pour ce dossier, *Esprit* a souhaité solliciter des acteurs exerçant des responsabilités hospitalières. Ce parti pris n'est-il pas contestable ? L'hôpital vu par ses responsables, c'est forcément restreindre le champ de l'analyse et passer à côté d'autres points de vue, syndicaux, politiques... Pourtant, pour ce dossier consacré à l'hôpital (le premier dans une revue qui s'est pourtant intéressée à d'autres mondes professionnels...), notre conviction a été que le point de vue professionnel pouvait constituer un fondement des réflexions à venir.

Mais avant de suggérer des pistes pour l'avenir, il faut tenter de démonter quelques faux débats et resituer l'hôpital dans ses relations avec une société elle-même en mouvement. L'hôpital est à la fois le lieu de réformes spécifiques et la caisse de résonance de débats, et d'illusions, concernant plus largement l'organisation de la santé.

Démonter les faux débats, c'est tout d'abord revenir sur des stéréotypes trop facilement installés dans les esprits, sans être étayés par des données solides. Faut-il craindre un déficit du nombre de médecins ? Jean-Paul Saint-André et Isabelle Richard, doyen et vice-doyenne de la faculté de médecine d'Angers, tentent de démonter l'illusion d'une crise démographique tout en déplaçant le regard vers d'autres sujets, plus difficiles à traiter : liberté de choix des spécialités par les étudiants, liberté d'installation géographique, liberté de choix du secteur (public ou privé), répartition des missions entre médecins et personnels non médicaux. Si le nombre de médecins n'est pas l'enjeu critique de nos hôpitaux, leur liberté géographique d'installation (au nord ou au sud), leur liberté de choisir leur discipline (la radiologie ou la gériatrie), leur liberté de choisir leur condition d'exercice (en privé ou en public), la répartition de certaines tâches entre médecins et personnels soignants, enfin l'offre de conditions variées d'exercice de la médecine générale (en installation libérale ou en salariat) sont des questions politiques majeures.

Peut-on dire que l'hôpital est en proie à une judiciarisation outrancière et que le recours à l'avocat et au juge est devenu une seconde nature pour les patients ? Jacques Dubin, médecin conciliateur du CHU d'Angers, montre que l'information doit contribuer à trouver une juste place pour le patient à l'hôpital, tandis qu'Antoine Garapon, Jean-Marc Morin, Didier Dreyfuss et Guillaume le Blanc clarifient les processus en cours en ce qui concerne la tentation de recours au droit et l'évolution de la notion de responsabilité. Si la judiciarisation n'est pas le fléau du moment, la transparence vis-à-vis des patients, y compris dans les situations les plus critiques et jusqu'à la reconnaissance de la faute éventuelle et l'appui à l'obtention de réparations (financières ou autres) est la condition désormais centrale pour maintenir un climat de confiance entre les patients et le corps médical – et, au-delà, l'hôpital lui-même comme institution.

La réforme du financement des hôpitaux porte-t-elle en germe de manière mécanique le tri des patients et la mort de l'hôpital public ? Elle n'est pourtant pas dénuée de principes montrent François Crémieux et Marie Deugnier, directeurs d'hôpital spécialistes des sujets de financement, en présentant la réforme en cours, dite de la tarification à l'activité (T2A). Si le nouveau mode de financement des hôpitaux n'est pas de manière congénitale un mécanisme de sélection des patients et de remise en cause des principes fondamentaux du service public hospi-

telier, le pilotage de l'allocation de moyens par le politique et l'interrogation des acteurs sur le sens de leurs décisions seront nécessaires pour maîtriser la réforme et éviter les dérives.

La réforme dite de la gouvernance cherche-t-elle à soumettre les médecins au pouvoir administratif? Jean-Pierre d'Halluin, François Maury, Jean-Claude Petit et Chantal de Singly sont les directeurs et présidents des communautés médicales de l'hôpital Saint-Antoine à Paris et de l'hôpital de Roubaix. Ensemble, ils analysent le fonctionnement hospitalier et l'impact des évolutions épidémiologiques qui ont progressivement transformé l'hôpital d'un lieu d'accueil pour patients hébergés au long cours en un lieu de passage pour malades hospitalisés quelques jours seulement; le progrès scientifique et la spécialisation grandissante des soins apportés par l'hôpital constituent la deuxième évolution majeure de ces dernières années qui permet aux auteurs de poser les enjeux de pouvoirs internes et de s'interroger sur l'évolution des organisations.

Au-delà de ces questions qui traversent l'opinion et le corps professionnel, il faut replacer au cœur du débat quelques thématiques fortes qui forgeront l'avenir de l'hôpital. Le vieillissement de la population sera le cœur de métier de l'hôpital de demain et il faut rappeler que derrière l'enjeu des retraites se trouve en embuscade celui de la dépendance et de la maladie de personnes de plus en plus âgées. L'organisation de l'hôpital avec les médecins de ville et, de manière générale, l'articulation forte de niveaux de prestations différents sera non seulement une condition de bon fonctionnement, mais aussi de bonne prise en charge médicale de patients chroniques.

La recherche clinique ne survivra pas d'elle-même, comme une évidence, sans un appui politique fort. Yves Deugnier, président de la délégation régionale de la recherche clinique du CHU de Rennes présente les évolutions récentes de la recherche clinique et son inquiétude sur le devenir de la recherche dans un contexte de concurrence exacerbée au niveau mondial, et de relatif « désamour » des jeunes médecins pour la recherche clinique.

La lutte contre les infections nosocomiales est aujourd'hui non seulement au cœur de la lutte contre la maladie, mais aussi de la bataille que doivent mener les professionnels pour maintenir le sens de leur activité de soins. Alain Lepape, responsable du comité de lutte contre les infections nosocomiales des hospices civils de Lyon, montre en quoi la lutte contre les infections et pour la qualité des soins déterminera la relation patient-médecin et, de manière plus générale, la confiance des usagers dans l'hôpital.

Enfin, pour engager les réflexions d'avenir, on attirera le lecteur vers quelques idées qui devront faire les projets politiques de demain.

L'hôpital pourra faire tous les efforts qu'il voudra pour bien accueillir les personnes âgées malades ou dépendantes, le défi restera hors de sa portée. Son rôle paradoxal sera d'organiser son évitement en contribuant, avec les autres acteurs, à la prévention et à la prise en charge des personnes âgées dans leurs structures de vie (domicile ou institution). Parallèlement, l'hôpital sera amené à contribuer à une meilleure articulation des acteurs de santé sur un même territoire. Au-delà d'un objectif de principe, par définition contestable, le vieillissement et parallèlement la chronicisation de certaines pathologies (le cancer par exemple) feront de cette articulation ville-hôpital une condition absolue du bon fonctionnement hospitalier.

Didier Dreyfuss et François Lemaire, tous deux réanimateurs médicaux, analysent l'emprise de la mort et de la prise en charge de la fin de vie sur le quotidien des professionnels et l'organisation de l'hôpital. La loi récente sur la fin de vie apparaît comme un juste équilibre entre droits des patients et devoir médical autour de l'accompagnement des mourants.

La prise en charge du grand âge constitue de manière certaine l'enjeu majeur auquel l'hôpital devra se confronter en ce début de siècle. Et paradoxalement, le défi de la prise en charge des personnes âgées est aussi inéluctable que très mal anticipé. Paulette Guinchard, députée du Doubs et ancienne secrétaire d'État aux personnes âgées, et Sylvie Legrain, professeur de gériatrie, posent les termes du débat entre déni de la vieillesse, absence de volonté politique et difficultés au quotidien de services de gériatrie mal aimés du reste de l'hôpital.

Les participants de la table ronde sur les urgences, Laurent El Ghozi, Agnès Ricard, Alain Tyrode et Patrick Brun, exercent sur un même territoire, le nord des Hauts-de-Seine, délimité par la boucle que fait le fleuve parisien à cet endroit entre les communes de Nanterre, Colombes, Clichy ou Gennevilliers. Tous les quatre sont médecins et tous voient l'hôpital d'un angle différent : maire adjoint chargé de la prévention de la santé et des personnes handicapées à la ville de Nanterre ; responsable du Smur de l'hôpital Beaujon à Clichy ; directeur des centres de santé de la ville de Gennevilliers ; chef de service des urgences de l'hôpital Louis-Mourier à Colombes. Quatre regards pour un constat : l'hôpital n'est rien sans la ville et son devenir dépendra de ses relations avec les autres acteurs impliqués dans la santé des populations du territoire.

François Crémieux*

* Directeur d'hôpital (AP-HP).

La médecine et l'hôpital dans la revue *Esprit*

Alors que la médecine clinique avait connu un essor fantastique grâce à l'insertion des malades et médecins dans l'hôpital au cours du XIX^e siècle (création de l'internat en 1802, du clinicat en 1823, de l'AP-HP en 1849, obligation d'avoir été formé dans une école de médecine pour l'exercer en 1892¹), des problèmes ont été révélés à l'opinion publique sous le vocable de « scandale des hôpitaux publics » au cours des années 1950, qui comportait trois événements médiatiques décisifs pour réformer les études médicales dans le sens d'une intégration de toutes les spécialités médicales à l'hôpital et de la prévalence des sciences fondamentales sur la clinique :

- un étudiant en médecine, persuadé d'échouer au concours de l'internat de Paris, avait déposé trois jours avant la date du concours du 21 mars 1949, la liste exacte des neuf candidats qui ont été effectivement reçus. Le Conseil d'État, constatant l'exacititude matérielle de ses arguments, a en quelque sorte établi la réalité des faits, et annulé ce concours par arrêté du 23 décembre 1955. La presse s'est emparée de cette affaire, l'opinion publique s'en est émue, puis l'État a réclamé des réformes du système de recrutement du personnel médical régi par la loi de 1849, par arrêt de la Haute Assemblée ;

- en 1953, le docteur Gilbert Dreyfus a signalé dans un manifeste que depuis plusieurs années tous les candidats d'origine juive aux postes de médecins des hôpitaux avaient été systématiquement écartés² ;

- l'Association générale des étudiants en médecine de Paris, dans un numéro de la revue *Esprit* de 1957 (« Les médecins vous parlent de la médecine. Enquête et proposition »), a pointé que les étudiants de Paris consacraient trois fois moins de temps que ceux de Harvard à des disciplines comme la physiologie, la biochimie, la pathologie expérimentale, la pharmacologie, et trois à quatre fois plus à l'anatomie³.

C'est dans ce contexte qu'il a été mis en évidence que les règles de fonctionnement de l'hôpital qui faisaient du médecin un « visiteur » présent dans son service deux à trois heures par jour ont été estimées peu lisibles, que le concours de l'internat toujours composé d'un jury local a acquis la réputation d'être népotiste, malthusianiste et antisémite, et que l'apprentissage exclusif de la clinique s'est avéré archaïque du fait du développement des sciences fondamentales.

La loi du 30 décembre 1958 « relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale » pouvait être résumée par les cinq axes suivants :

- rapprochement et coordination des activités de l'hôpital et de la faculté de médecine, par la création des CHU (Centres hospitaliers universitaires) ;
- principe de l'exercice à plein-temps des médecins ;
- principe du développement de la recherche médicale par les médecins, et non par des scientifiques non médecins ;

1. H. Jamous, *Sociologie de la décision*, Paris, Centre national de recherche scientifique, 1969.

2. F. Lemaire, *la Réforme hospitalo-universitaire*, Paris, Mémoire de la Fondation nationale des sciences politiques, 1964.

3. Association générale des étudiants en médecine de Paris, « Réforme de l'enseignement », *Esprit*, février 1957, p. 253-271.

- intégration hospitalière de toutes les spécialités médicales, y compris celles dont la valence hospitalière n'était pas nécessaire cliniquement comme la dermatologie ou la médecine légale ;
- l'internat est devenu un concours final de recrutement des études médicales, national et anonyme.

François Danet*

* Extrait de sa thèse de sociologie : François Danet, *la Quête de professionnalisation de la médecine d'urgence*, Paris, Laboratoire du changement social, Université Paris 7-Denis-Diderot, novembre 2006.

Voir nos numéros récents

- « Les nouvelles figures du soin », janvier 2006.
- « Éthique, santé publique et responsabilité individuelle », décembre 2005.
- « Fins de vie : un temps pour quoi ? », janvier 2003.
- « La médecine et le corps humain », mai 2002.
- « Épidémies : les attentes politiques et sanitaires », janvier 2001.
- « Choisir sa mort ? », juin 1998.
- « La santé, à quel prix ? », février 1997.

Voir aussi les articles de :

Paul Ricœur, « Accompagner la vie jusqu'à la mort », mars-avril 2006.

Paul Ricœur, « Les trois niveaux du jugement médical », décembre 1996.

Paul Ricœur, « Le concept de responsabilité. Essai d'analyse sémantique », novembre 1994.

Jean-Pierre Dupuy, « La médicalisation de la vie. Médecine et pouvoir : en hommage à Ivan Illich », octobre 2004.

Nous remercions vivement François Crémieux pour son travail de préparation et de coordination de ce dossier.