

François Aubart

Le pouvoir à l'hôpital

La prise en charge des malades est souvent un enjeu de pouvoir, entre la ville et l'hôpital, entre centres hospitaliers universitaires et hôpitaux locaux, et, au sein même de l'hôpital, entre les administratifs et les médecins, et aussi entre les différentes catégories soignantes. L'observation de ces cloisonnements laisse espérer une réforme qui puisse consister à rassembler les forces et les savoir-faire autour du patient, et intégrant si possible prévention et soins pour une meilleure gestion.

Avant 1958 l'hôpital pourtant lieu de naissance de la médecine clinique et lieu d'utilisation des premiers antibiotiques ne constituait qu'un objectif annexe pour l'exercice professionnel médical. Il restait avant tout lieu d'accueil des déshérités. L'ordonnance créant les CHU a rapproché l'université, la recherche et l'hôpital et provoqué une attractivité nouvelle autour de cette triple mission. Cinquante ans ont passé. La nature de l'hôpital a profondément changé. Un coup d'œil dans le rétroviseur est indispensable à la grille de lecture de l'hôpital d'aujourd'hui et aux propositions pour demain.

1958, Le temps de la naissance et des contes

Chacun le sait, c'est au cours des premières années de la vie que se fondent les traits de caractère et les profils de personnalité qui vont ensuite éclairer les relations humaines et sociales de la vie entière. Il en est un peu de même pour les institutions et pour l'hôpital. À la naissance du CHU et de l'hôpital moderne, pendant une quinzaine d'années, l'hôpital a vécu sur un nuage. Au rythme de la gloire et des honneurs, les responsables médicaux de l'époque ont imprimé une image de mandarinat encore présente dans la mémoire collective.

Assis sur un pouvoir charismatique fort, les chefs de service de l'époque ont surfé sur une volonté politique de développement hospitalier et notamment hospitalo-universitaire à une période où la contrainte financière n'existait pas. Le pouvoir médical était exclusif sans contre-pouvoir ! La science médicale moderne mais naissante était le maître mot. Les malades notamment « bénéficiaient » souvent d'une hospitalisation en salle commune. Le médecin en tablier blanc cultivait certes une démarche humaniste et déontologique mais entretenait avec le malade une relation d'objet.

Dans cette période où le développement spectaculaire de l'institution permettait de distribuer crédits et aura, les Professeurs de médecine étaient au centre du système. Leurs écoles, leurs élèves formaient un groupe qui dans un organigramme précis conduisait les carrières, les objectifs mais aussi les haines et les rancœurs. L'administration restait lointaine et servait, pour les grands CHU, d'interface avec les politiques et pour les hôpitaux plus modestes de service économique. Les personnels étaient dévoués, compatissant et subordonnés. Dans la clinique d'en face qui appartenait à des propriétaires chirurgiens, on regardait faire de façon lointaine car les CHU concernaient les grandes métropoles et de toute façon le plein temps hospitalier était loin d'être la règle.

Le Plan « plan plan »

À partir des années 1970, un double mouvement de recrutement médical et soignant s'est enclenché. Le temps plein médical hospitalier, instauré dans les hôpitaux dit généraux, a permis l'exercice à toute une génération de médecins des hôpitaux n'ayant pas accédé à la carrière hospitalo-universitaire. Ils ont cloné la période glorieuse de développement hospitalier cette fois-ci dans des hôpitaux de moindre taille. Les recrutements médicaux, les projets d'activité et d'implantation de plateaux techniques se faisaient alors dans le bureau du directeur de l'hôpital, au coup par coup, en fonction des nombreuses opportunités de recrutements médicaux et des initiatives du directeur.

Cet essaimage du temps plein a provoqué un vrai essor hospitalier et une multiplication d'hôpitaux de valeur qui sont alors souvent devenus le premier employeur de la ville. Car l'arrivée de ces chefs de service s'entourant d'équipes médicales motivées a entraîné le développement des projets médicaux et des plateaux techniques. Cette dynamique a justifié une vague du recrutement du personnel infirmier et soignant. L'hôpital moderne marchait droit devant mais, premier accroc, son

développement était le fait d'opportunités sans règle de conduite, sans politique autre que d'offrir tout azimut des soins hospitaliers valorisant pour les acteurs. Quelques vagues actions de santé publique (PMI par exemple, secteur pneumologique) cachaient mal l'absence de cohérence du système qui ne souffrait d'aucune contrainte financière.

Le pouvoir politique a perçu la nécessité de fonder une organisation de l'hôpital et une réponse en terme de santé publique. Il l'a fait avec les choix et les méthodes de l'époque. Ce fut le règne de la planification, des indices lit/population, des cartes sanitaires, des autorisations diverses d'exercice ou de matériel. On a commencé à « planifier » la fermeture de 50 000 lits dans un objectif sans cesse atteint et sans cesse renouvelé. On a encarté l'hôpital et les hospitaliers, du moins en théorie. Car cette volonté nationale de planification ne pouvait à terme qu'entrer en contradiction avec les pouvoirs politiques et médicaux locaux qu'ils soient municipaux puis régionaux. Le maire a commencé à s'intéresser à « son » hôpital et à ses emplois. Il en est devenu le président du conseil d'administration.

À l'intérieur, la toute puissance médicale s'est trouvée remise en cause. Contrairement au CHU et ses empires médicaux, la taille des services dans les hôpitaux généraux était beaucoup plus modeste. Dans les années 1980 le népotisme médical avait commencé à diviser les territoires, point de départ d'une balkanisation elle-même source de conflit et de querelles. D'autre part l'apparition en 1983 du « budget global » constituait la première confrontation au principe de réalité de la contrainte financière. Quel choc pour un hôpital qui ne connaissait jusque là que le mieux coûtant !

Dans le même temps, ont émergé à l'hôpital un pouvoir administratif et un pouvoir soignant. Les hôpitaux s'organisaient sur un mode de hiérarchies verticales cloisonnées qui ont commencé à se heurter à la logique médicale.

La planification, le développement de la réglementation et l'augmentation de la taille des équipes ont secrété une administration qui a commencé à jouer un rôle grandissant à l'hôpital. Une école des cadres hospitaliers a été créée à Rennes créant un moule unique pour le discours commun de l'administration hospitalière.

Le pouvoir soignant s'est développé en même temps que croissait l'emploi. Ce développement quantitatif régulier des catégories soignantes s'est accompagné d'une augmentation des charges et des

responsabilités. À la fin des années 1980, plusieurs mouvements sociaux ont mobilisé les infirmières qui se cherchaient une posture nouvelle entre la nonne d'hier, l'agent d'exécution du médecin et l'infirmière en lien direct avec le malade. La réponse à ces mouvements sociaux a été conforme à la logique générale appliquée alors à l'hôpital. La réponse aux attentes des infirmières a consisté pour l'essentiel à créer un encadrement hiérarchisé qui a trouvé son aboutissement avec la création en 2003 des « directions de soins ». L'hôpital planifié poursuivait sa course, et peut être sa fuite en avant. Lieu de contradictions d'intérêts, cet hôpital a réussi le paradoxe d'être le lieu de toutes les réunions et le lieu de la non décision.

L'hôpital « plan plan » a donc grossi et vu périliter le pouvoir et la responsabilité médicale au profit d'une administration de plus en plus présente et d'une hiérarchie soignante qui a pris une place essentielle dans les organisations. L'hôpital s'est immobilisé, figé, presque fossilisé, avec pourtant une communauté médicale et soignante toujours disponible de façon exemplaire. La dispersion des responsabilités a secrété de la non décision. Le rythme de distribution des enveloppes financières jamais suffisantes par nature a alimenté, en hiver comme en été, une grogne sociale presque ritualisée.

Pour que vive l'hôpital

Chapitre actuel de la trilogie sur l'hôpital, la réforme de 1996 a bousculé la donne. Si la réforme n'empêche pas de cultiver le déficit, l'institution hospitalière vit depuis au rythme d'un objectif national des dépenses assurance maladie (ONDAM). En apparence, rien de fondamental ne change. Chaque ministre arrivant aux affaires se penche sur le trou de la sécurité sociale et se félicite lorsqu'il quitte son ministère de l'avoir très largement comblé. L'histoire se renouvelle ainsi conduisant au fil de l'eau à repousser les choix et à transférer aux générations à venir le fardeau de la dette. Chacun pressent que l'heure des comptes est proche. XXI^e siècle, donc ! L'hôpital ne pouvait pas rester extérieur aux changements du « nouveau monde » : Au temps de la « toile », au temps des réseaux et de la communication sans centre ni périphérie cultivant l'instant et l'éphémère, l'hôpital se cherche de nouvelles frontières dans le temps et dans l'espace.

Dans le temps, à l'hôpital, chacun est sur son méridien dans la contradiction des 35 heures et des 12 minutes par jour et par malade de temps infirmier. La gestion de la réduction du temps de travail à l'hôpital est un contre exemple du savoir faire politique. L'hôpital fonctionne en

permanence et en urgence 365 jours sur 365 et 24 heures sur 24 alors que la clinique choisit les activités programmées et organisées. Quant aux directions hospitalières qui se sont spécialisées et qui n'ont cessé de se développer, elles travaillent et réfléchissent sur une problématique de financement annuel voir pluriannuel. Le médecin, lui, est plongé dans l'immédiateté des fonctionnements et attend une réactivité incompréhensible pour l'administration.

Dans l'espace, l'histoire de l'hôpital a décliné les citadelles, les forteresses, les territoires. L'heure est en théorie à rassembler les forces et les savoirs faire. Cela est d'autant plus facile que l'imagerie voyage sur les réseaux, que les dossiers se numérisent, que les systèmes de communication sont performants. Cela est d'autant plus indispensable que la fracture démographique et la spécialisation aggravent les nuisances et le coût de la dispersion des professionnels. Pourtant, combien de réserves et de réticences. La défense du pré carré est trop souvent au premier plan. Mais ne nous trompons pas, la création d'un comité de défense d'un hôpital n'est le plus souvent qu'un signe majeur de fin de vie.

L'hôpital ne pouvait pas non plus rester indifférent à la fracture du papy boom. La pénurie s'installe. Infirmières et médecins commencent à manquer à l'appel. Dans dix ans, trois infirmières sur quatre actuellement en exercice ne travailleront plus à l'hôpital. Elles seront retraitées ou auront changé d'orientation professionnelle. Les trente mille infirmières qui chaque année recevront leur diplôme d'État ne suffiront pas à combler les vides, accompagner la réduction du temps de travail, répondre aux besoins dans les maisons de retraite ou à domicile, notamment pour aider la prise en charge de la dépendance. L'augmentation significative du quota d'entrée dans les écoles, initiée par Martine Aubry et relayée par Jean-François Mattei, doit être largement et rapidement poursuivie. C'est une priorité de santé publique.

L'hôpital devient un lieu de rupture. La spécialisation du savoir fragmente de plus en plus l'exercice professionnel. La réduction du temps de travail entraîne des ruptures dans les prises en charge qu'elles soient médicales ou soignantes.

Pour les médecins, la fracture démographique, aggravée par des législations françaises et européennes appliquées au pas de charge, est devant nous. Mais, là aussi de façon paradoxale, il n'y a jamais eu autant de médecins en France: plus de deux cent mille médecins étaient en exercice en 2003. Majoritairement ils travaillent en médecine libérale

ou dans le secteur hospitalier privé. Or cette inégale répartition est d'autant plus pénalisante que la distribution des contraintes et des missions est souvent inégale entre secteur public et secteur privé. Cette situation impose des mesures urgentes portant notamment sur la redistribution des médecins entre secteur privé et public, l'augmentation du nombre des internes de spécialité (réduit de moitié depuis 1990), et la poursuite de l'augmentation du *numerus clausus*.

C'est dans ce contexte, que prend une place croissante le « dernier acteur premier » de l'hôpital: le malade. Une loi lui est même consacrée définissant des droits et tentant de faire établir des règles face à la montée d'une logique jurisprudentielle. Le système de santé français prend de plein fouet la contradiction entre les racines du droit collectif qui fondent la tradition française et celle du droit individuel des pays anglo-saxons.

Au début du XXI^e siècle, l'hôpital perd plus que jamais ses repères entre pouvoir médical déclinant, pouvoir administratif sécrétant bureaucratie et hiérarchie, pouvoir des soignants fragilisé par la réduction du temps de travail et capturé par l'encadrement, pouvoir des malades enfin handicapés notamment par des problèmes de représentation.

La réforme dite Hôpital 2007 a mis l'investissement au premier plan, supprimé la carte sanitaire, instauré la tarification à l'activité et réformé la gouvernance hospitalière. On ne peut avoir de jugement manichéen face à de tels changements. Mais l'avenir de l'hôpital dépend de la capacité de la réforme à rassembler les professionnels autour du patient pour en médicaliser la gouvernance clinique.