

HOPITAL ET SANTE

HOPITAL ET BAVURES

OTAGE DE LA GUERRE DES CLANS

Le procès des anesthésistes de Poitiers vient de dévoiler les rivalités dans la hiérarchie médicale.

Le grand patron d'un hôpital universitaire mute un collègue qui ne lui revient pas; celui-ci se venge en organisant une grève des anesthésistes, alors qu'une malade doit subir une petite intervention. En catastrophe, sans connaître le cas, avec deux heures de retard sur l'horaire et en pleine rogne, le grand patron décide d'assurer lui-même l'anesthésie. En cours d'opération, ça tourne mal, ce qui ne l'empêche pas d'abandonner la malade pendant des secondes cruciales pour répondre à un coup de fil. La patiente meurt. Il ne s'agit pas d'une personne de son bord, mais d'une femme d'ouvrier mineur.

Le grand patron accuse alors son collègue d'avoir saboté le respirateur pour lui faire endosser le décès. La Justice se rallie à cette version. Les plus grands spécialistes prennent parti pour l'un ou l'autre camp et se bombardent à qui mieux mieux au tribunal, à coups de "certitudes scientifiques": le respirateur saboté est la cause du décès ou, au contraire, ce sont les erreurs et négligences du grand patron. Avec tant de célébrités médicales autour d'un cas, on ne saura jamais de quoi est morte la jeune femme. L'acquittement pour tous jette définitivement le voile sur cette bavure écoeurante.

Heureusement, cela n'arrive qu'en France. En Belgique, pour mettre fin à une longue rivalité personnelle, un médecin a bien abattu un collègue; c'est déjà mieux que de tuer un malade.

VICTIMES DE LA RENTABILITÉ

Le chef anesthésiste de l'hôpital Erasme de Bruxelles confie au "Soir" que les anesthésistes belges trop peu nombreux (économie, économie) travaillent de 50 à 60 heures/semaine, souvent de nuit. Parfois, ils doivent surveiller plusieurs anesthésies en même temps dans des salles différentes, ce qui est d'autant plus risqué que le nombre et la complexité des appareils de contrôle grandissent (mécanisation, mécanisation). Bref, l'hôpital-usine, après l'hôpital-bureaucratie et l'hôpital-carrière; trois facettes du monde hospitalier moderne.

L.M.
(Vérité, mars 1988)

MEURTRE A L'HOPITAL

Les cyniques diront que ce n'est pas banal, car il s'agit d'un médecin qui en a tué un autre, à coups de pistolet dans une clinique de Roulers. L'accusé vient d'être condamné à deux mois de prison et 6.000 F d'amende, pour coups et blessures sans préméditation, donnés suite à une provocation.

Etrange affaire.

Le procès a en réalité été celui des magouilles de la clinique, l'accusé faisant figure de *justicier*. Une centaine de personnes ont suivi les séances du procès avec passion, pendant 9 jours, prenant clairement le parti de l'accusé. Si certains faits apparaissent comme les "bavures" d'un petit établissement de province, d'autres sont typiques du milieu hospitalier ordinaire.

- *Les pourboires*: un chirurgien renvoyé par la direction de la clinique de Roulers, pour une faute professionnelle grave (dénoncée par le *justicier*) n'en recevait pas moins 25.500 F par mois jusqu'à l'âge de sa pension. Un racket: ce chirurgien, appuyé par des généralistes et des spécialistes de la région, menaçait de ne plus envoyer de patients à la clinique en manque de clientèle. Certains médecins de la clinique touchaient un pourcentage sur les bénéfices du laboratoire (pour les inciter à prescrire

plus d'analyses à leurs malades.) Ces pratiques douteuses ne sont pas rares. Un respectable expert hospitalier ne dit-il pas qu'en cas de mauvais service d'un médecin, *"un limogeage assorti d'avantages matériels, même plus ou moins justifiés, est infiniment moins coûteux pour la collectivité que le maintien d'une personnalité s'y révélant mal adaptée à un poste vital"* (Arousseau, "L'hôpital de demain").

- *Les rivalités*: le procès a apporté peu d'éclaircissements sur le conflit entre l'accusé et la victime; il s'est plutôt intéressé au comportement de l'équipe médicale et de la direction, en état de guerre permanent avec le *justicier*. Le crime n'apparaît plus que comme une péripétie sanglante de cet affrontement acharné.

En général, les gens du métier reconnaissent l'existence de *sphères d'influence*, de chocs de carrière, entre les "grands patrons" des hôpitaux. La rivalité entre les médecins français et américains étudiant le Sida a révélé que tous les coups sont permis (passe-droits, mensonges, bulletin de victoire prématuré...). Quant aux *dynasties*, elles font aussi partie de la tradition hospitalière (le fils du Docteur Machin lui succède ou reçoit un poste envié...).

Les rivalités ne vont pas souvent jusqu'au crime, bien qu'il y ait d'autres cas. Rappelons la sombre affaire en cours d'un anesthésiste français accusé d'avoir volontairement asphyxié une opérée pour compromettre son chef de service détesté. L'enquête s'est enlue dans les réticences et les ragots de ce qui semble une lutte de clans autour de deux personnalités médicales. Le monde clos des médecins hospitaliers tourne souvent autour de la gloire et du profit. Le procès de Roulers montre aussi quelle révolte ces pratiques peuvent provoquer chez certains médecins (le meurtre est bien sûr une réaction extrême de vengeance personnelle) et surtout chez les infirmières et les malades qui ont participé activement au procès.

(La Vérité, mars 1986)

HOPITAL OU USINE ?

Restructuration du secteur hospitalier, rationalisation, rentabilité, fermeture, quotas pour le nombre de lits, diminution du personnel: décidément, on croirait qu'il s'agit de la sidérurgie. Mêmes critères, mêmes méthodes, même jargon. Jusqu'à *l'humanisation des hôpitaux* qui fait pendant à *l'humanisation du travail*. Les êtres humains qui travaillent dans les hôpitaux ou qui y sont soignés, seraient-ils traités comme des bêtes ou comme les ouvriers dans les usines – qu'il soit nécessaire d'humaniser l'hôpital ? L'expérience de la lutte contre la fermeture de l'hôpital d'Ougrée, depuis mars 85, nous amène en tout cas à quelques réflexions inquiétantes.

L'HOPITAL D'USINE

L'hôpital d'Ougrée dépendait de Cockerill, dont il soignait les accidentés du travail. Comme beaucoup de grands patrons, Cockerill avait pris les devants de la médecine "sociale" en créant son propre service de soins; par la suite, il sut transmettre à l'Etat l'essentiel des charges financières.

Les derniers événements nous renseignent sur les mobiles réels de Cockerill. Fin 73, Valfil et le secteur du chaud (qui causait les accidents les plus graves) sont définitivement fermés; l'ensemble de l'entreprise a perdu la moitié de son personnel. M. Gandois découvre tout à coup qu'une "entreprise sidérurgique n'a pas de vocation hospitalière" et s'empresse d'accepter la fermeture de l'hôpital, pour autant que les indemnités au personnel ne sortent pas du portefeuille de Cockerill. Ce même personnel à qui on a laissé croire jusqu'à la dernière minute que l'hôpital serait maintenu... si certains *sacrifices* étaient consentis (heures supplémentaires, économies diverses). Encore une chanson connue...

Au même moment, même scénario à propos des "maisons de l'usine"; Cockerill annonce brutalement à ses locataires: "Achetez ou videz les lieux" – la société veut se défaire de tous les logements lui appartenant.

En clair, tant que Cockerill avait besoin d'une population ouvrière en état de travailler, il s'intéressait à son entretien (soins, logements...) – lorsqu'il prépare la liquidation du secteur, il laisse tomber ces "frais d'entretien" inutiles. Ce cynisme est d'ailleurs partagé par le patronat dans son ensemble et par les responsables de la santé publique, comme nous allons le voir.

NAISSANCE DES MAMMOUTHS

Les *années d'or* (1960-1974) se sont bâties sur une grave intensification du travail, qui a malmené la santé des ouvriers: hausse des accidents, des maladies, des invalidités. Il fallait bien "réparer" tout cela, puisqu'il était hors de question de prendre le mal à sa racine en améliorant la vie à l'usine. Les projets d'hôpitaux "mammoth" sont sortis en série dans les années 70, après vingt ans de travail forcé. Tout le monde applaudissait. Les patrons (c'était l'Etat qui payait); les entrepreneurs et fournisseurs médicaux; les responsables politiques (*Vous en avez de la chance ! et c'est grâce à nous*). On a déguisé en fleuron de progrès social ce qui n'est en réalité que l'indice d'une dégradation de la santé populaire. On a inscrit triomphalement aux programmes ouvriers: plus de soins ! plus d'hôpitaux – au lieu de: moins de malades ! une vie plus saine ! La surenchère politique s'en mêla, chacun vit grand, pots-de-vin aidant, et comptant que l'Etat épongerait les pertes.

La crise est venue jeter quelques couacs. Il y a toujours plus de malades à soigner, autant de demandes des entrepreneurs, etc., mais par contre, l'ensemble des patrons a moins d'intérêt à réparer une main-d'oeuvre en surnombre. L'emploi baisse, il y a toujours en suffisance des ouvriers intacts, en "bon état de marche". Les subsides de l'Etat sont détournés vers une aide directe aux entreprises: on sabre dans les mammoths en construction, on rentabilise le secteur, etc., exactement comme dans les usines en difficultés.

LE MAMMOUTH ECRASE LES GENS

Le nouvel hôpital universitaire (CHU), prévu pour 1.000 lits, n'en aura que 600; le nouvel hôpital de Seraing, prévu pour 450 lits, n'en aura que 350. Même ainsi, cela dépasse encore les normes fixées par le Ministère pour la région liégeoise – de toute façon d'ailleurs, une augmentation de plus ou moins 400 lits pour cette portion de territoire est exagérée. La fermeture de l'hôpital d'Ougrée (190 lits) est donc décidée pour permettre aux deux grands hôpitaux de remplir leurs lits – sans compter le transfert chez eux de différentes institutions d'autres communes.

Au départ, le Comité de défense de l'hôpital n'a vu que l'aspect régional du problème. S'appuyant sur les suggestions de certains médecins, il proposa une autre répartition régionale des lits qui maintiendrait en vie l'hôpital d'Ougrée – puis il encouragea la reprise par une asbl de médecins. Cockerill, les autorités politiques et sanitaires rejetèrent ces solutions. Leur critère commun est de privilégier essentiellement les grands complexes hospitaliers. Cette politique est en oeuvre non seulement partout en Belgique, mais dans tous les pays industrialisés.

Les restrictions économiques n'ont fait qu'accélérer un processus de concentration déjà en cours. Les "mammoths" répondent le mieux aux exigences de la gestion industrielle, c'est là leur logique profonde, derrière l'incohérence et les gaspillages qui entourent leur naissance et leur fonctionnement. Seul un hôpital d'une certaine dimension peut représenter un marché intéressant pour le matériel sophistiqué, les firmes pharmaceutiques, les services privés; seul il permet l'organisation de travail spécialisé et automatisé, la standardisation des soins de routine, l'emploi d'ordinateurs pour les diagnostics (voir l'article "L'organisation scientifique du travail" ci-dessous).

Sans rejeter les aspects nécessaires d'une centralisation, il est clair que les "mammoths" actuels ne tiennent debout qu'en écrasant le personnel et les malades. Les soins "à la chaîne", sans contacts humains, menés à toute vitesse, fragmentés au point que le personnel n'a plus de vue d'ensemble du malade, multiplie inévitablement les accidents de parcours. Ceux-ci s'ajoutent aux nuisances courantes de l'hôpital (infections dues à des microbes spécifiques aux grandes concentrations; effets

secondaires des interventions et traitements). Une réaction unie des victimes est indispensable pour contrecarrer cette évolution destructive.

LA LUTTE A OUGREE (bref bilan)

Défendre un hôpital de quartier, face à des complexes modernes, était-ce un combat d'arrière-garde voué à l'échec ?

Nous avons eu certaines illusions sur la possibilité de retarder la fermeture; nous ne mesurons pas bien l'ampleur des enjeux, tant pour Cockerill que pour la restructuration du secteur hospitalier, qui dépassait largement les enjeux régionaux.

Mais précisément à travers cette première lutte, nous avons approché la réalité de l'hôpital moderne et son développement probable. En ce sens, l'expérience est d'avant-garde. Car jusqu'ici, les malades sont toujours confrontés isolément à cette institution, sans compréhension ni possibilité de réagir. A Ougrée, le noyau actif du comité a noué des contacts entre habitants, commerçants, personnel soignant et médecins. Ceci est aussi un acquis encourageant. L'intervention du comité (publication du sondage, contacts avec la presse et avec le doyen de la Faculté de Médecine) a certainement pesé dans la balance pour le maintien de la polyclinique et du service d'urgence (ce dernier était au départ supprimé), comme l'a promis l'Université. On peut espérer que ce noyau poursuivra son action dans diverses directions: pour contrôler la viabilité à moyen terme de la polyclinique et améliorer son fonctionnement, pour s'occuper d'autres aspects de la santé, pour empêcher l'agonie du quartier du Bas d'Ougrée programmée par la commune et Cockerill.

LE SONDAGE

Le comité de défense a réalisé ce sondage en mai-juin derniers pour mieux connaître les habitudes et le point de vue des habitants. Quatre rues représentatives des différentes couches sociales ont été parcourues au porte à porte.

Quelques résultats intéressants:

fréquentation: 93,3 % des interrogés vont à l'hôpital d'Ougrée; 12,4 % y vont régulièrement (de plusieurs fois par semaine à une fois par mois au moins);

moyen de déplacement: 46 % des interrogés n'ont pas de voiture;

âge: 48,3 % des interrogés sont pensionnés ou prépensionnés;

avis des personnes qui fréquentent l'hôpital d'Ougrée:

- êtes-vous satisfait: 80,5 % sont globalement satisfaits;

- cotation (bon, moyen, mauvais): 55,8 % ont donné au moins une cotation "moyen", soit pour la polyclinique, soit pour l'hospitalisation; 16,4 % ont donné au moins une cotation "mauvais".

Beaucoup de personnes "globalement satisfaites" de l'hôpital font ainsi en *même temps* des remarques critiques ("moyen" et "mauvais"). Elles veulent donc garder l'hôpital et l'améliorer. Les cotations "moyen" pour l'hospitalisation concernent en premier lieu les *rappports humains* (35,9 % des critiques) et la *nourriture* (23,2 %), les cotations "mauvais" sont données ex aequo pour ces deux aspects également (23,5%). (Extraits d'un tract du comité)

Les points communs permettent d'envisager des actions collectives. Les critiques souvent constructives montrent l'aspiration à prendre plus sa santé en charge. L'évolution des hôpitaux entrera de plus en plus en conflit avec cela.

L.M.

"MÉDECINE ET SOCIALISME", A. MORABIA (Extrait)

L'organisation scientifique du travail (OST) s'applique préférentiellement aux activités périphériques à l'acte médical, c'est-à-dire aux activités administratives et hôtelières. On a ainsi isolé les activités hôtelières autrefois accomplies par le personnel soignant, en transférant les cuisines de service à la cuisine centrale, en créant des effectifs spécialisés dans le nettoyage, la distribution des repas (les équipes rattachées à la cuisine sont chargées de préparer les plateaux, monter les chariots dans les services, faire la vaisselle).

Ces activités isolées sont étudiées et décomposées en postes de travail auxquels on fait correspondre une nouvelle qualification ou une machine. Les opérations de nettoyage, par exemple, sont décomposées en un nombre de gestes minimum permettant un meilleur rendement. On réalise ainsi une étude de temps pour laver les carreaux: il faut vingt-six gestes chronométrés, cinquante secondes pour amener le chariot près de la vitre, trente secondes pour bloquer le chariot et monter, deux cents secondes pour nettoyer la vitre supérieure, etc.

Toutes les activités de transport (de linge, d'ordures, de médicaments, de malades) sont de même isolées, retirées au personnel des services et transférées à une équipe centrale au niveau de l'hôpital. Ainsi les tâches isolées, décomposées, normalisées et recomposées aboutissent à une activité contrôlable, soumise au rendement, qui peut le cas échéant être passée au secteur privé, c'est-à-dire à des entreprises privées de nettoyage, de blanchisserie, de restauration. [...] Certains actes tels que les prises de sang, la distribution des médicaments, les *toilettes* du malade peuvent être réalisés à *la chaîne*.

(La Vérité, novembre 1985)

L'EUROPE CONTRE LE CANCER

Eurespoir: c'est le nom du programme européen de lutte contre le cancer. Pour commencer, 320 millions de citoyens européens recevront un document expliquant les mesures individuelles de prévention et de dépistage. Deux cibles: le tabac et l'alcool, responsables de 80 % des cancers du poumon, de la bouche et de l'oesophage.

Eurespoir se rabat sur de vieilles recettes pour son nouveau projet. Les campagnes anti-tabac, anti-alcool, ou contre les accidents de la route se terminent par des "bides", c'est bien connu: que ce soit sous forme de campagne d'information, de publicité ou de répression (amendes fortes en cas d'infraction, hausses du prix du tabac ou de l'alcool). Boire et fumer répondent à de profonds besoins de défoulement, liés à un type de travail et de vie insatisfaisants. Celui qui cesse de fumer se met à boire ou à grignoter; celui qui ne boit pas avale des "calmants" (la drogue officielle).

Les jeunes se droguent et foncent en voiture et à moto et se retrouvent à l'hôpital, On n'obtiendra au mieux que des déplacements de maux, pas leur suppression. Même ceux qui suivront les bons conseils et s'imposeront des restrictions n'échapperont pas aux autres facteurs cancérigènes: la pollution des cités industrielles, les émanations toxiques au travail, les produits chimiques et les hormones dans l'alimentation. Des facteurs psychiques jouent aussi: on a constaté de nombreux cas de cancer après le décès d'un être proche.

Mais alors, que faire ?

Partir du point de vue que pour combattre une *maladie de société*, il faut changer de société. Aujourd'hui, il s'agit de préparer une transformation en profondeur, qui ne débouche pas sur le remplacement des cancers par de nouvelles maladies aussi nuisibles.