

François Danet

Où va l'hôpital ?

débat
de
DDB
brochure



L'ÉPOQUE EN DÉBAT

François Danet

La médecine d'urgence

Vers de nouvelles formes
de travail médical

éirès

Clinique du travail



François DANET, Laboratoire Santé - Individu - Société, Université de Lyon

Constatactions et interrogations

- Logique compassionnelle, l'hôpital comme lieu d'hébergement
- Logique sociale, l'hôpital comme lieu d'enfermement
- Logique clinique, l'hôpital comme lieu de soins
- Logique scientifique, l'hôpital comme lieu de recherche
- Logique managériale, l'hôpital-entreprise
- Logique de l'urgence, accueil des situations exclues par les logiques clinique, scientifique, et managériale

Comment combiner la compassion pour la personne et la saisie du corps objectivé ?²

Plan de l'exposé

- L'hôpital et la médecine avant 1789
- Le mariage de l'hôpital et de la médecine
- L'organisation médicale hospitalière
- La bureaucratie médicale
- L'hôpital-entreprise
- La nouvelle gouvernance
- La médecine d'urgence

L'hôpital et la médecine avant 1789

L'hôpital lieu d'hébergement

■ Hôtel-Dieu

- Lyon 549, Paris 651
- Accueillir des « pécheurs »
- Salut de l'âme, compassion, religion

■ **Fragilisation de la logique compassionnelle**

- Notion de péché insuffisante pour expliquer le mal
- Séparation des droits canons et romains
- Affranchissement des monarques européens de la tutelle romaine
- Milliers d'errants

■ **Hôpital Général**

- Louis XIV, Mazarin, 1656
- Vastes lieux de mendicité
- Contrôle social, ordre public, répression
- Malades mentaux, handicapés, vieillards, enfants errants, mendiants, clochards, infirmes, aliénés,⁵ mutilés, prostituées, délinquants

Transmettre des savoirs hétérogènes et non spécifiques

- Préceptes d'origine égyptienne synthétisés par Hippocrate
- Des profanes éclairés développent une philosophie de la santé
- Corps considéré comme le reflet d'un ordre cosmique plus large
- Techniques épurantes
- Création de l'université de Montpellier en 1220

Pratiquer la médecine

- Hors de l'hôpital
- Docteur soumis au célibat jusqu'en 1452
- Médecins à longue robe
- Chirurgiens-barbiers à robe courte
- Matrones
- 1505, contrôle des examens des barbiers par la Faculté de Paris

Construire le savoir médical et créer des techniques

- Logique clinique, 18^{ème} siècle, observation « au chevet du malade » à visée transformatrice
- Savoir sur les artères et les veines, van Leeuwenboek
- Nouvelles techniques, accouchement par forceps, Chamberlen

Subdivision asymétrique

sujets impurs hébergés à l'hôpital /

sujets sains soignés par la médecine ambulatoire

L'hôpital lieu d'hébergement

■ Hôtel-Dieu

- Lyon 549, Paris 651
- Salut de l'âme
- Compassion, religion

■ Hôpital Général

- Louis XIV, Mazarin, 1656
- Vastes lieux de mendicité
- Contrôle social, ordre public, répression

en parallèle

■ Médecine

- Ambulatoire hippocratique
- Écoles de médecine
- Naissance de la clinique au 18^{ème} siècle

Le mariage de l'hôpital et de la médecine

La médecine rentre dans l'hôpital

■ Louis XVI

- **Rapports Tenon (1777, 1788)**
- **L'hôpital doit devenir une « machine à soigner » « l'homme machine » (de La Mettrie, 1747)**
- **Dieu > Roi > Peuple**
- **Sphère privée par le prêtre, sphère publique par le Roi**

■ Révolution française

- **État révolutionnaire post-théologique**
- **Raison > État > droit positif**

■ Les médecins

- **Élaboration d'une conception de l'humain dénuée d'inspiration théologique**
- **Segmentation du corps**
- **Relation dialectique entre laïcisation politique et essor du capitalisme**

Préalables à la médicalisation de l'hôpital

- Évacuation de la théologie, du droit et de la métaphysique, au profit de la quantification par les sciences de la vie
- Évacuation des religieux et des policiers
- Évacuation de la dimension humaine et subjective de l'homme, segmenté en une série d'objets (foie, rein, cœur, cerveau) ou de fonctions (grandir, accoucher, respirer, uriner)
- Évacuation des non-patients au profit des malades appréhendés par les outils sémiologique, physiopathologique et étiopathogénique

Que sont devenus les personnes hébergées auparavant par les hôpitaux religieux et policiers ?

Accompagnement de la médicalisation de l'hôpital

- Éviction des hôpitaux de la connivence entre la police et la charité chrétienne
- Les médecins se forment en soignant les pauvres à l'hôpital
 - 1802 : externat, internat
 - 1823 : clinicat
 - 1849 : création de l'Assistance Publique
 - 1851 : rattachement administratif à la commune
 - 1892 :
 - nul ne peut exercer la médecine sans être muni d'un diplôme de médecin délivré par le gouvernement français
 - autorisation des syndicats de médecins
- Les couches sociales plus aisées bénéficient de leurs savoirs et savoir-faire dans une logique de retour sur investissement

Les médecins hospitaliers sont libéraux

Rôle du médecin

- Compétence technique institutionnalisée
- Universalisme du système de valeurs sous-jacent
- Spécificité fonctionnelle de chaque professionnel
- Neutralité affective, par le biais d'une objectivation de l'humain
- Préalables d'une orientation vers la collectivité et du souci du bien-être du patient par rapport à la commercialisation du lien au client

Autonomie médicale

- Développement d'un système de connaissances théoriques impliquant une formation prolongée et servant de base à la pratique
- Autorité professionnelle qui légitime la pratique et donne le pouvoir de prescrire un traitement à un malade et d'intervenir
- Approbation de l'autorité médicale par la communauté
- Code éthique de la profession, par le biais de la formation et de la pratique
- Système de valeurs et de normes propres orienté vers la collectivité

La spécification de la profession médicale

- Savoir spécifique
- Savoir-faire spécifique
- Monopole d'exercice
- Autonomie
- Règles de comportement et éthique, constituant un Code de Déontologie
- Idéal supérieur assurant le prestige social

Les médecins généralistes ne répondent pas à ces critères

Le concept de segment professionnel

Les **spécialités** qui émergent à l'intérieur de la profession médicale sont liés aux pathologies que les médecins soignent

■ **Plainte mal de tête**

- Signe **céphalée** = douleur violente et tenace de la tête
- Syndrome +vomissements ou nausées+troubles de la vigilance+évolution vers l'obnubilation ou le coma=hypertension intracrânienne
- Physiopathologie augmentation du volume du contenu de la boîte crânienne, en raison de l'inextensibilité du contenant
- Une ou plusieurs étiologies tumeur primitive ou secondaire, abcès, encéphalite
- Traiter par des outils spécifiques à la pathologie en cause **cure, exérèse, traitement anti-infectieux**
- Rattaché à un segment **Neurologie**

■ **Autre possibilité**

- Diplopie+éblouissements+ **céphalée** +confusion des lettres proches comme H et N
- Vice de réfraction
- Anomalie de courbure de la cornée
- Chirurgie réfractive, lunettes, lentilles toriques
- Astigmatisme **Ophthalmologie**

Conséquences de la professionnalisation et de la segmentation

- Institutionnalisation du patient pur **monopathologique**
- Clinique : *clinos* allongé
- Évacuation des sciences humaines au profit de l'objectivisme
- Les médecins généralistes ne respectent pas le rite purificateur d'interdit de mélanger les patients et situations cliniques

Trois questions

Origines et fondements des segments

Évolution des segments

Asymétrie des segments ?

L'organisation médicale hospitalière

De la clinique à la science

- **Médecine hospitalière clinique (Bichat, Laënnec, Pinel)**
 - Observation « au lit du malade ».
 - Nouvelles techniques d'investigation (percussion et l'auscultation)
 - Maladie assimilée aux résultats de lésions organiques
- **Clinique / science**
 - Prépondérance de la clinique
 - « Médecine expérimentale » soutenue par la physique et la chimie
 - Claude Bernard est recalé à l'agrégation de médecine de 1844, pour (n')être reçu plus tard (qu')au Collège de France

Les médecins hospitaliers

- Profession libérale
- Incontrôlables
- Position sociale et morale très élevée
- Pouvoir technico-charismatique
- Monopole
- Pleinement souverains et responsables face aux malades et aux élèves
- Aucune réglementation de l'exercice

**1920 : du Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et la Prévoyance Sociale
au Secrétariat d'État ou Ministère de la Santé**

Dégradation du modèle clinique

- « **Scandale des hôpitaux publics** »
 - 1949 : Népotisme du concours de l'internat
 - 1953 : Antisémitisme du concours de médecins des hôpitaux
 - 1957 : Archaïsme des études de médecine
- **Critiques du modèle clinique**
 - Opacité et malthusianisme du statut de « visiteur » des médecins hospitaliers
 - Enchaînement externat-internat-clinicat, rite de passage
 - Incoordination entre administrations universitaire et hospitalière
 - « Pouvoir parallèle » des cliniciens sur l'Université

L'hôpital clinique peut-il être réformé ?

■ Les médecins députés exigent

- Maintien du statut libéral du médecin hospitalier
- Affirmation des particularités locales et régionales
- Refus de solutions générales
- Sauvegarde du pouvoir de décision et d'auto-réglementation

■ Réforme de 1958

- Rapprochement et coordination des activités de l'hôpital et de la Faculté de médecine, par la création des CHU
- Intégration hospitalière de toutes les spécialités médicales
- Principe du développement de la recherche médicale par des médecins, les sciences fondamentales devenant prééminentes sur la clinique
- Anonymisation progressive du concours de l'internat
- Exercice salarié à temps plein des médecins
- Affirmation du rôle du directeur

Conséquences de la réforme de 1958

- Internat
 - Grande école de la médecine
 - Les résidents : « ce qui reste »
 - « Double appartenance »
- DEA et thèses de sciences
- Patient, vrai malade, monopathologie **Parkinson**
 - Clinique **association hypertonie/akinésie/tremblement**
 - Science **lésion du *locus niger* prédominant sur la *zona compacta*, et ayant pour conséquence un déficit du système dopaminergique cérébral**
- Accélération du processus de segmentation
 - Pratique programmée ou programmable
 - Radicalisation des critères de « pureté » sémiologique

La profession médicale

- Palmes académiques de l'objectivité
- Renforcement de la légitimité sociale
- Maintien de l'autonomie, voire de la monopolisation économique du marché des soins
- Convergence de l'élite médicale, de l'administration publique et des directeurs d'hôpitaux pour développer le secteur hospitalier
- Hospitalo-centrisme
- Valorisation publique de la médecine de pointe

hébergement sans soins / soins sans hébergement

La division du travail médical hospitalier

■ Développement de la médecine hospitalière de spécialité

- Innovation considérable (articles scientifiques, pharmacopée, biologie, imagerie, produits, actes chirurgicaux)
- Division horizontale
- Division verticale

■ Médecins généralistes

- Oubliés de cette classification
- Métier hybride, ni médical ni paramédical
- Ballottés entre patients, médecins hospitaliers et infirmières
- Fortement dépendants des négociations avec la Sécurité Sociale

Expansion scientifique et professionnelle
Thème de l'augmentation des dépenses de santé

La spécialisation médicale et l'organisation hospitalière

■ Motivations de la spécialisation Adam Smith (1776), taylorisme

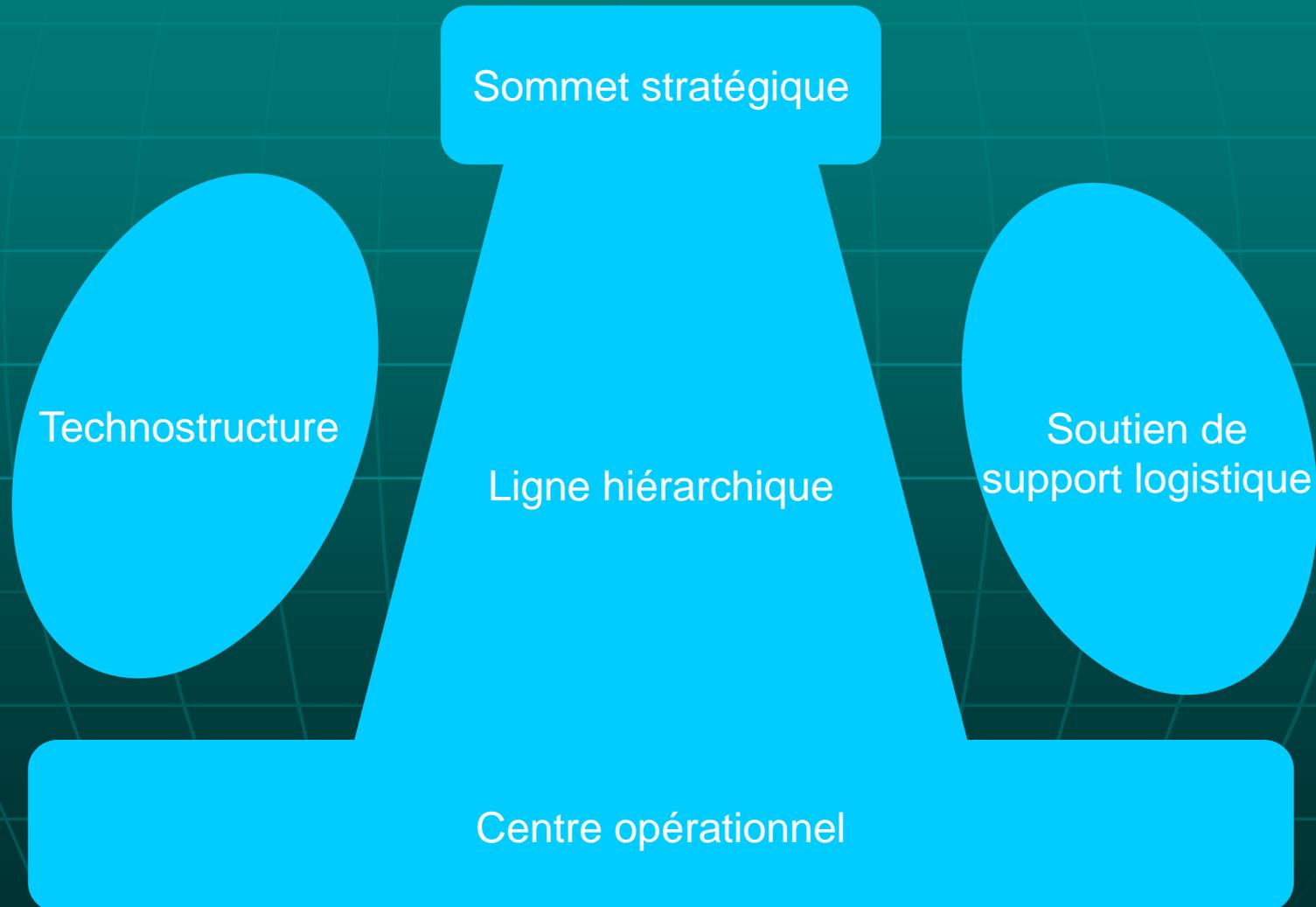
- Amélioration de la dextérité de l'ouvrier spécialisé dans une tâche
- Gain de temps
- Développement de nouvelles méthodes et de nouvelles machines permis par la spécialisation

■ Conséquences de la spécialisation L'hôpital peut être comparé à

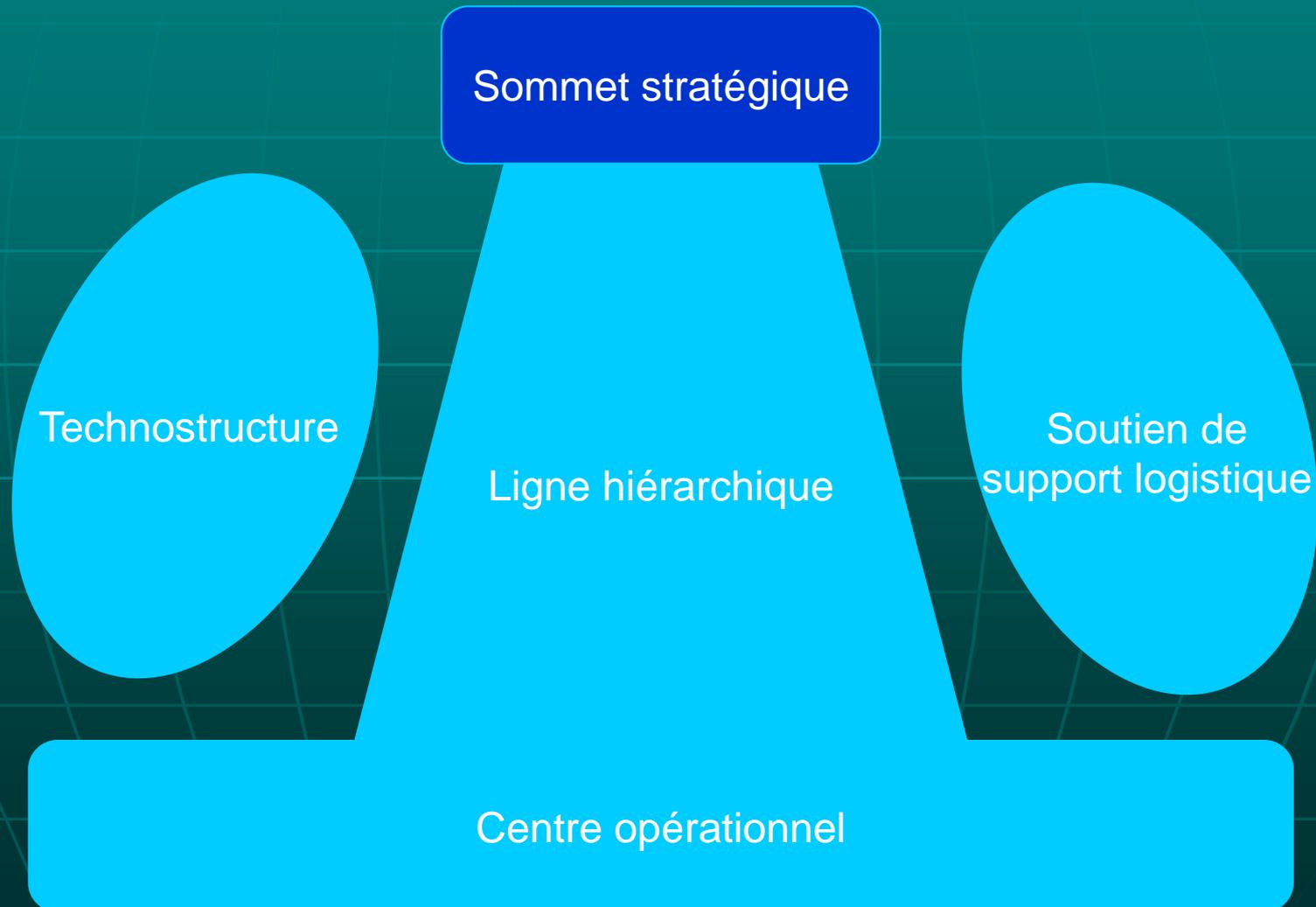
- un salon de coiffure chez qui les ouvriers sont spécialisés dans la coiffure des enfants, des hommes ou des femmes
- on peut rencontrer une situation où un adulte est forcé d'attendre alors qu'un coiffeur d'enfants reste inactif
- Problèmes de coordination

La bureaucratie médicale

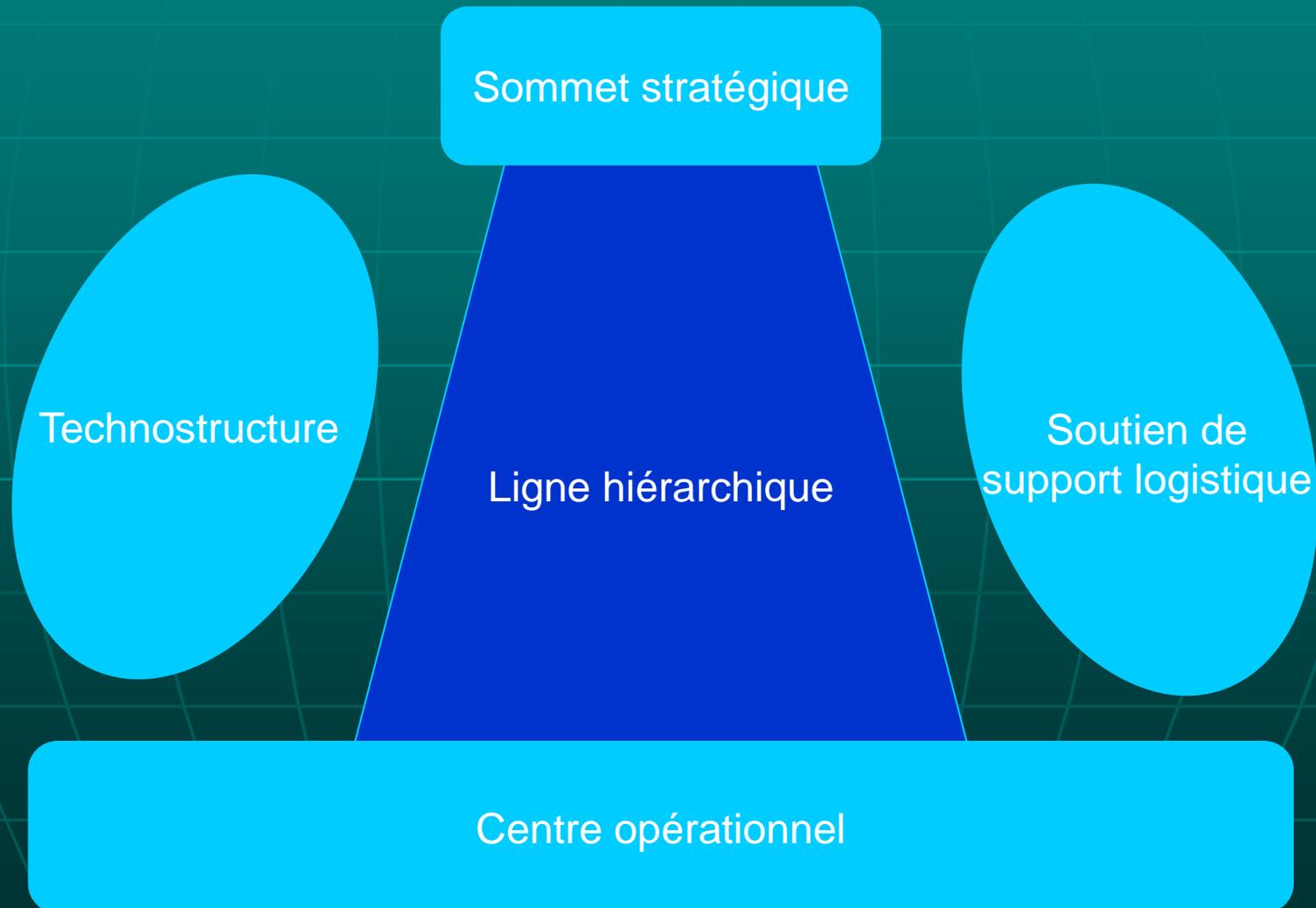
Structure et dynamique des organisations



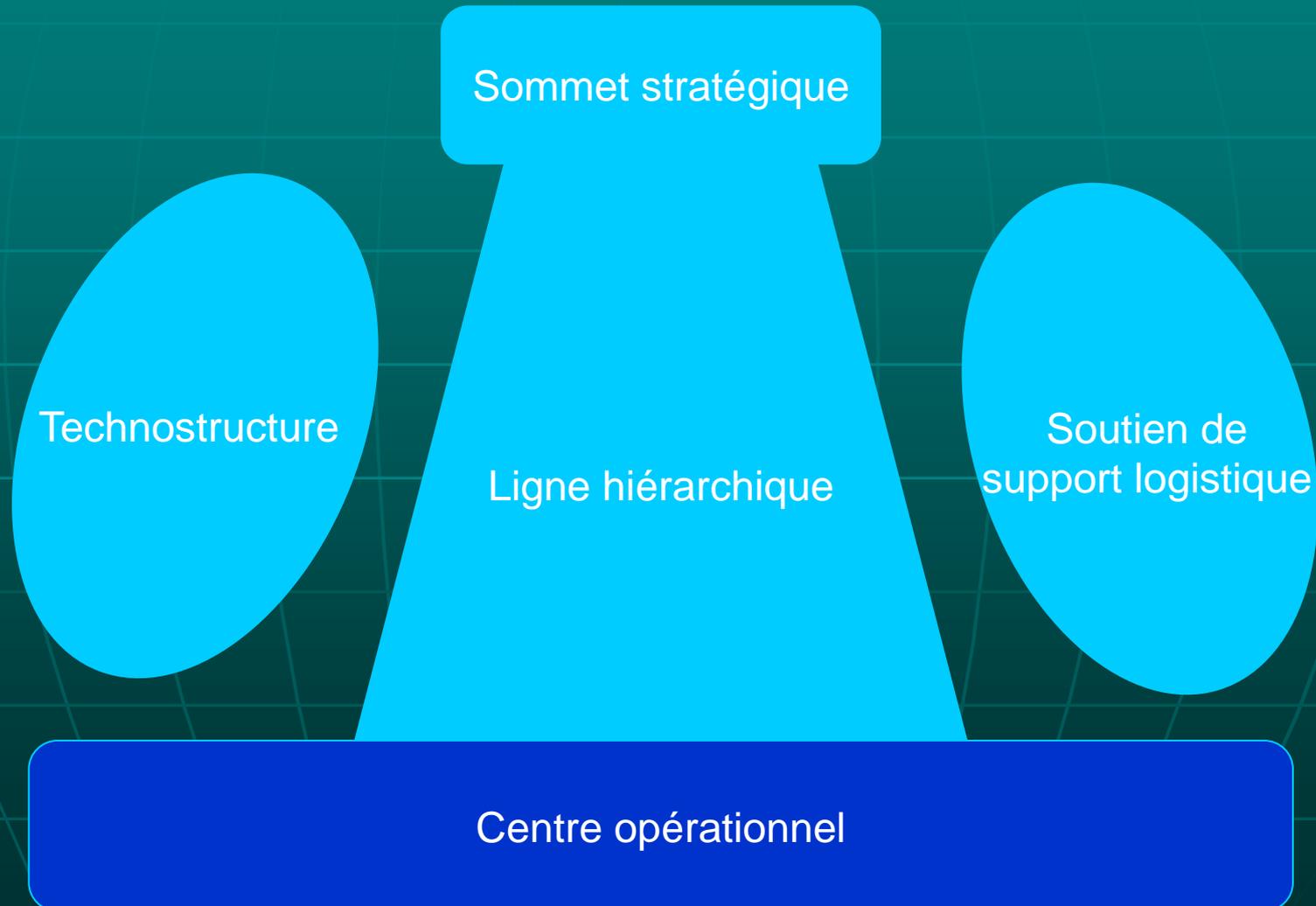
Bureaucratie simple



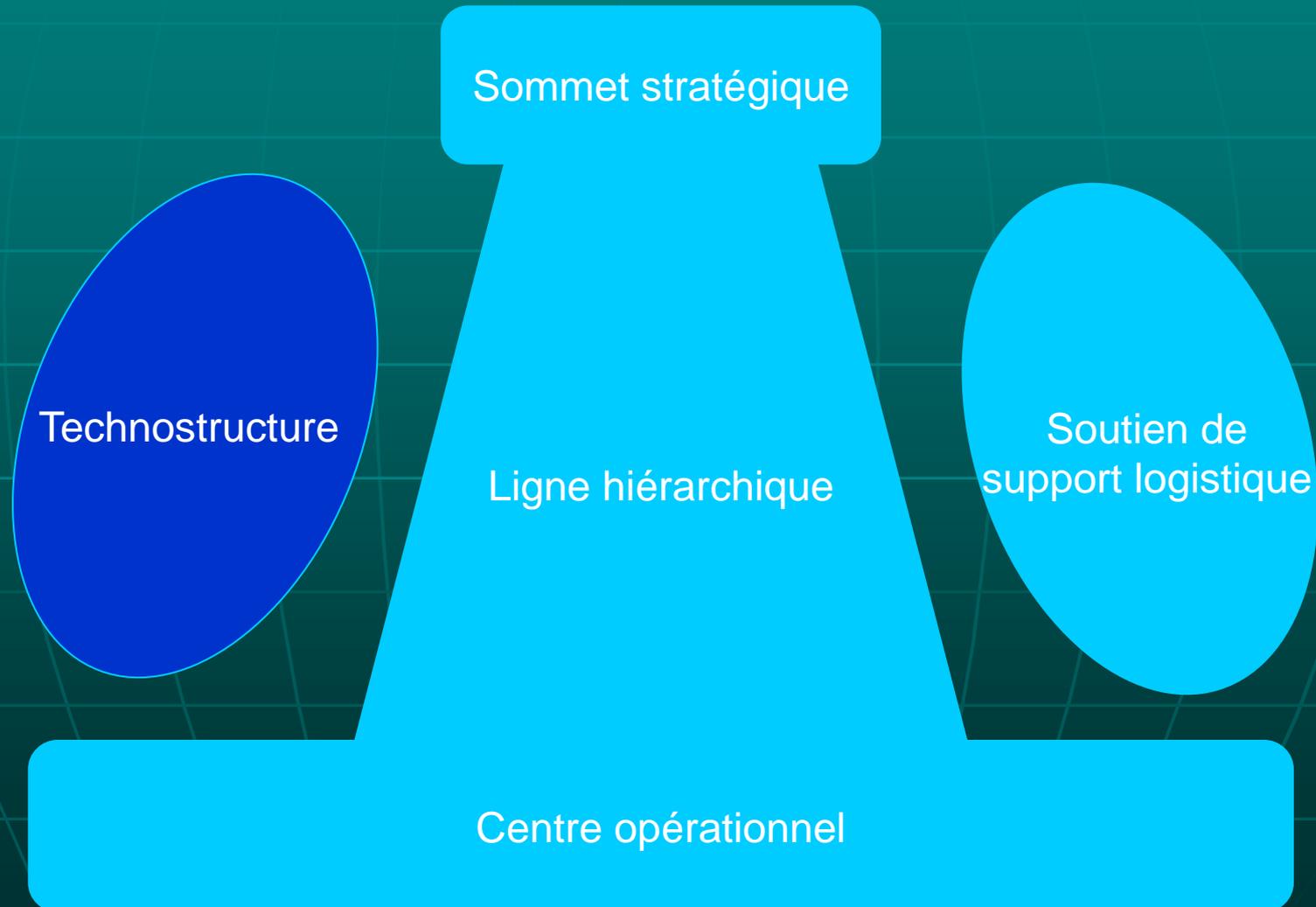
Structure divisionnalisée



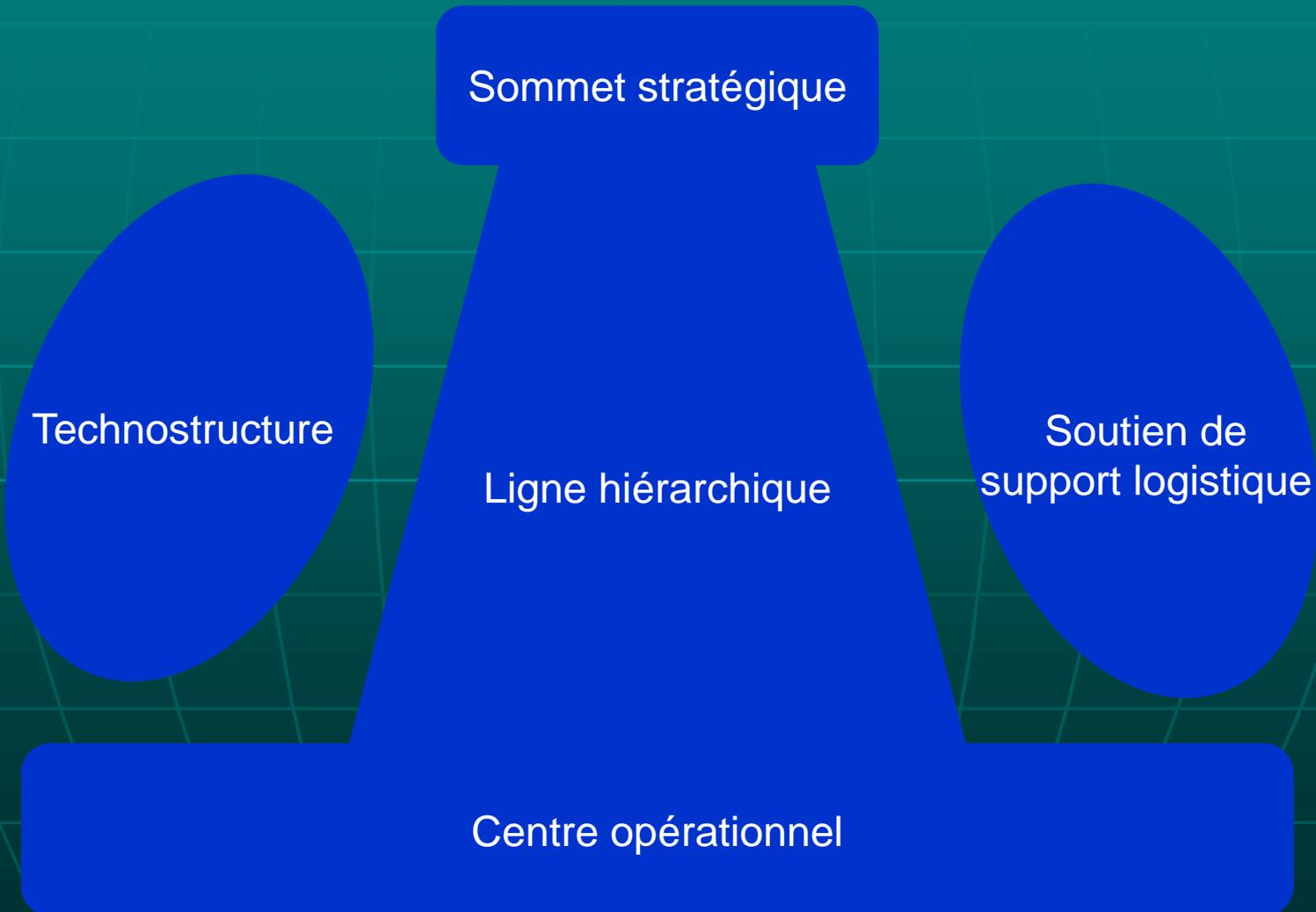
Bureaucratie professionnelle



Bureaucratie mécaniste



Adhocratie



Bureaucratie médicale hospitalière



Définitions

- **Centre opérationnel**
ceux qui produisent au sein d'une organisation les biens et services
- **Bureaucratie professionnelle**
Organisation au sein de laquelle le centre opérationnel intègre des salariés hautement qualifiés qui contrôlent directement leur travail

Propriétés

- Le processus de classement des « clients » crée une équivalence entre « structure par fonction » et « structure par marché »
- Étant donné que ces clients sont rangés en catégories et qu'à chaque catégorie sont associés les spécialistes d'une même fonction, le regroupement des unités dans la structure de la bureaucratie professionnelle se fait à la fois sur la base des « marchés » et sur la base des « fonctions »

Pourquoi un service de néphrologie appartient à une bureaucratie professionnelle ?

■ Fonctionnel

- Les spécialistes sont regroupés en fonction de leurs qualifications
 - Réussite à l'internat de médecine
 - Choix de la néphrologie
 - Sélection pour devenir chef de clinique puis praticien hospitalier, éventuellement par le biais d'un DEA voire d'une thèse de sciences
- Savoirs
 - connaissance du fonctionnement rénal
 - Interactions avec les autres organes et systèmes, cardiaque et immunologique en particulier
- Savoir-faire
 - Dialyse
 - Poser l'indication d'une greffe rénale
 - Traiter les maladies immunologiques à expression rénale
- Réflexions éthiques
 - Dépistage des maladies rénales des membres de la famille d'un malade
 - Choix du donneur de rein en cas d'indication de greffe

■ **Congruence entre ces fonctions et le « marché »**

- Les néphrologues traitent ceux dont la maladie touche ce segment du corps humain qu'est le rein

Caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle

- La promotion ne correspond pas à l'ascension d'une hiérarchie administrative mais au progrès professionnel, à la capacité de traiter des problèmes professionnels de plus en plus complexes
- Quand le professionnel ne dispose pas de l'autonomie voire du monopole dont il pense avoir besoin pour développer des connaissances, pratiquer sa spécialité et réfléchir sur sa délimitation, « il est tenté d'aller ailleurs »
- Ils se regroupent dans des hôpitaux quand les « clients » ont besoin des services de plus d'un professionnel à la fois
- Le regroupement de différents types de professionnels permet le transfert des clients de l'un à l'autre lorsque le diagnostic initial s'avère erroné ou quand les besoins du client changent au cours du traitement
- « Démocratie de corps », « oligarchie de professionnels », organisations collégiales (CME)
- Le professionnel a plus tendance à s'identifier à sa profession qu'à l'organisation où il la pratique

Que faire dans le cas du professionnel non consciencieux ?

La bureaucratie médicale en question

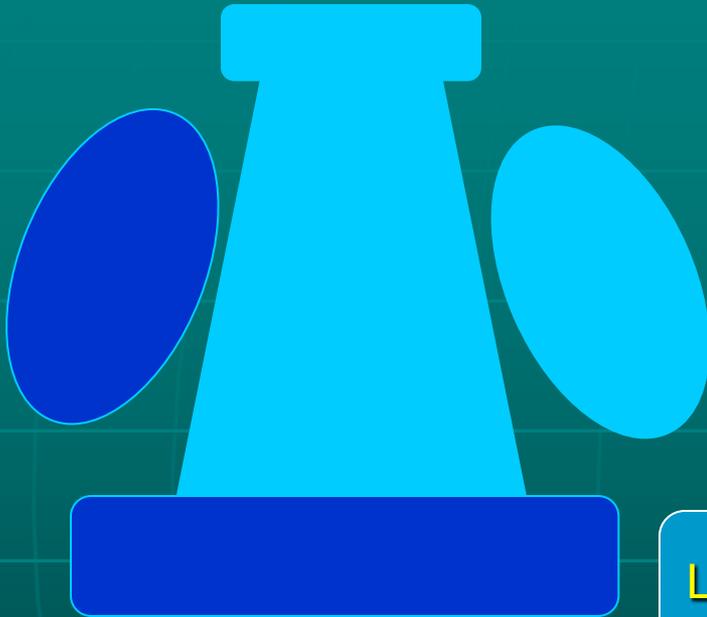
- **Création des « Conseils de service »**
 - Stratégie participative
 - Permettre l'expression des personnels
 - Favoriser les échanges d'informations
 - Projet de service et rapport d'activité
 - Faire toute proposition sur le fonctionnement du service
- **Réticence de la bureaucratie professionnelle**
 - Médecine de spécialité dépendante de l'innovation médicale
 - Capacités ésotériques
 - Démocraties participative/représentative
 - Attrait pour la vie intellectuelle solitaire

L'hôpital-entreprise

Standardiser et contrôler les pratiques hospitalières

- **Mise en place d'une procédure d'accréditation**
 - ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
 - HAS, Haute Autorité de Santé
- **Ordonnance du 24 avril 1996**
 - Mission générale d'évaluation dans le domaine de la santé
 - Soins hospitaliers
 - Soins ambulatoires
 - Programmes de santé publique
 - Élabore et valide les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références médicales
 - Production et diffusion de référentiels de qualité, élaborée avec les professionnels de santé
 - Accréditation des établissements

L'ANAES est une technostructure



Définitions

- Organisation visant à standardiser les comportements du centre opérationnel – les médecins – pour standardiser les performances professionnelles
- Peu compatible avec le maintien des statuts de bureaucratie professionnelle et de profession

L'hôpital peut-il devenir une bureaucratie mécaniste ?

Propriétés d'une bureaucratie mécaniste

- Comportement des salariés encadré par
 - Une spécialisation très poussée
 - Une forte standardisation
- Simplification de la conceptualisation du travail
- Faible créativité

L'hôpital et la bureaucratie mécaniste

Traquer les « individus non consciencieux »

■ Risques

- Entraver l'innovation
- Dégrader la qualité du travail
- Altérer la conscience professionnelle

■ **Changer une bureaucratie professionnelle**

- Recrutement
- Formation
- Modalités de socialisation
- Outils de motivation au perfectionnement professionnel

Renouer le dialogue avec l'Etat

Financer les soins hospitaliers

- Charité transmutée en politique publique de l'État providence
- Poids économique de la santé
- Maîtrise des dépenses de santé
- Ralentissement de la croissance et augmentation du chômage
- Technicisation et perfectionnement des appareils de diagnostic et de soins
- Augmentation des dépenses publiques⁴³

PMSI

- Projet puis programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)
 - Classer chaque patient dans un Groupe Homogène de Malades (GHM)
 - Attribuer à chaque GHM des points ISA (Indice Synthétique d'Activité)
 - Délivrer des résumés de sortie des patients
- Algorithme **traumatisme crânien + 2 jours d'hospitalisation**
 - Âge
 - Diagnostic principal
 - Diagnostics secondaires
 - Actes médicaux et chirurgicaux
 - Coût du séjour hospitalier
- Mise en place progressive d'un incitatif économique (1 % en 1997, 100 % en 2010)
 - 20 millions de Francs pour l'hôpital de Belfort

La nouvelle classification critériologique

- Trouble unique prévalent facile à diagnostiquer
- Difficulté de coder la polypathologie
- Privilégier les patients rentables
- Stratégies de codage mensongères
Denis Labayle (2002) : « il faut une bonne dose de masochisme pour coder un patient éthylique "éthylisme sans dépendance" (GHM n° 632) qui rapporte 452 points ISA, alors que le code "éthylisme avec dépendance" (GHM n° 631) rapporte 1 200 points ISA »
- Occultation de la globalité biomédicale, psychique et sociale des soins prodigués à l'hôpital
- Renforcement de la spécialisation croissante

Où vont les situations exclues des catégorisations clinique, scientifique, critériologique ?

La nouvelle gouvernance

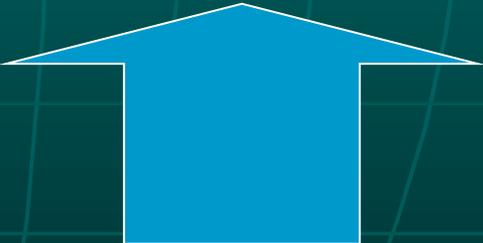
Du plan « Hôpital 2007 » à la loi HPST

- **Tarification à l'activité sous tendue par le recueil du PMSI**
 - Points ISA remplacé par « tarif »
 - « Chiffre d'affaire »
 - « Bénéfice net »
 - 100% du budget des hôpitaux dépend en 2010 du codage de l'activité hospitalière
- **Regrouper les services en PAM (Pôles d'Activités Médicales)**
 - Regroupements des services actuels
 - Entre 300 et 1000 salariés
 - Codirigé par
 - le médecin-chef du pôle
 - l'infirmier-cadre supérieur de pôle
 - le cadre administratif de pôle hiérarchisé au directeur de l'hôpital

Conséquences de la nouvelle gouvernance

- **Standardisation des soins**
- **Préférence**
 - des soins programmés, programmables et calibrés
 - à la défaveur des situations imprévues et hétérogènes
- **Augmentation des dépenses de santé hospitalières**
 - Amplification de la logique d'accès aux soins pour les situations cliniques les plus coûteuses
 - A fort « tarif »
- **Activité à flux tendu**
 - Pour réduire la durée de séjour qui augmente arithmétiquement le « tarif »
 - Risques sanitaires pour ces patients sortis trop tôt des services
- **Exclusion des situations définies comme non rentables**
 - Détresse psychosociale
 - Alcoolisation
 - Grand âge
 - Ancien « beau malade » devenu grabataire
 - Pathologie polyvalente
- **Déversement**
 - sur les services d'urgence des situations cliniques à faible tarif
 - que leurs personnels avaient déjà du mal à transférer dans les services hyperspécialisés sur la base de la réforme de 1958

Deux siècles de médecine hospitalière

- 
- **Nul ne peut exercer la médecine sans être muni d'un diplôme délivré par le gouvernement français (1892)**
 - **Union des écoles de médecine et des établissements hospitaliers publics (1958)**
 - Création des centres hospitaliers universitaires (CHU)
 - Temps plein hospitalier
 - Internat progressivement anonyme et écrit
 - **Double division du travail médical**
 - Horizontale : segmentation en spécialités
 - Verticale : métiers paramédicaux
- 
- **Médecins hospitaliers** = spécialistes référencés à un organe ou une fonction
 - **Le vrai patient** = monopathologie aisément classable par la nosologie médicale
 - **« Ce qui reste »** = médecine générale et polypathologie
- 
- 
- **Management de l'hôpital-entreprise**
 - PMSI, GHM, T2A, plan Hôpital 2007, loi HPST
 - Attribution de tarifs à chaque monopathologie

La médecine d'urgence

Trois constatations

Créés pour accueillir des pathologies aiguës et graves

- seulement 2 % des situations cliniques que ces services accueillent répondent à cette définition

Spécialisation croissante des services hospitaliers

- 8 à 15 % de pathologies médicales difficiles à classer
- personnes âgées en rupture
- crise psychosociale
- consultations non urgentes au sens médical strict

Apparition tardive du vocable d'urgentiste

- 80 % de généralistes, 9 % d'anesthésistes-réanimateurs et 11 % de spécialistes du sujet global
- Bravoure pionnière / mauvaise réputation

Apparition des services d'urgence

Fondements de création hétérogènes
Médecins-chefs aux orientations divergentes

Pour la population et les interlocuteurs
Recours capable de régler les situations urgentes ou seulement imprévues

Accroissement considérable d'activité
En l'absence de référence reproductible théorique, pratique et éthique,
et de saga médicale à même de les élaborer

Inquiétude de l'Etat, rapport Steg (1989-1993)
Inégalité des citoyens devant l'urgence
Sous-qualification du personnel médical et sous-médicalisation du matériel

Regroupement des unités d'urgence
Présence 24 heures sur 24 de médecins diplômés
Conditions techniques de fonctionnement des services

Travailler aux urgences

- **Les tâches de la médecine d'urgence**
 - SAMU : régulation téléphonique des situation cliniques qui font l'objet d'un appel au 15
 - SMUR : transport des malades et blessés
 - SAU, UPATOU : accueil, tri, orientation
 - UHCD, unités d'hospitalisation : hospitalisation brève
- **Catégories médicales traditionnelles & nouvelles modalités de recours aux soins**
 - Population favorisée, jeune, de sexe masculin, active, résidant à proximité de l'hôpital, pathologie de consultation
 - Population précaire, surconsommation de soins, intrication de problèmes sociaux, psychologiques, judiciaires et médicaux
 - « Abuseurs », « hyperconsommateurs »
- **Rapport à l'objet de travail**
 - Flux harcelants de situations hétérogènes et polyvalentes
 - Accueil précaire de toutes les situations non désirées ou non résolues ailleurs
 - Travail dégradant, longues heures passées au téléphone, bed-blockers, sale boulot
- **Division du travail**
 - Trajectoire de soins surdéterminée par le bricolage prédiagnostique de l'infirmier d'accueil
 - Déhiérarchisation, groupes semi-autonomes
 - En fonction de la place dans l'espace de soins

Spécialistes et urgentistes

Médecine hospitalière de spécialité

- Élaboration de savoirs cliniques et scientifiques
- Création de savoir-faire diagnostiques et thérapeutiques et de réflexions éthiques
- Champs d'activités réduits
- Hiérarchie verticale
- **Démocratie représentative (CME)**
- **Attrait pour la vie intellectuelle solitaire**



Médecine d'urgence

- Standardisation des pratiques
- Intérêt pour les pratiques médicales maîtrisées
- Appropriation dans l'aigu de techniques importées
- Pas de réunions cliniques
- Pas de visites au lit du malade
- Dossiers médicaux discontinus
- Lignes de responsabilité originales en binôme
- **Démocratie participative (Conseils de service)**
- **Attrait groupal pour les univers de travail hostiles**

Nombreuses relations avec les interlocuteurs exclus par l'hôpital clinique, scientifique et managérial

- **Maires** : obligation de cartographie du territoire pour le SAMU
- **Autorités préfectorales et policières** : troubles de l'ordre public
- **Police** : ivresses aiguës autrefois prises en charge en « salle de dégrisement »
- **Médecins généralistes de la ville** : régulation des centres 15
- **Médecins de ville et de l'hôpital** : organisation des gardes
- **Pompiers** : négociation des places respectives de chacun dans la régulation, le tri, et le transport des blessés et malades aigus
- **Médecins de ville, de proximité et de spécialité** : parcours des patients
- **Tutelles (DDASS, DRASS, ARH, voire Direction Générale de la Santé)** : risques de catastrophes
 - « plan froid », « plan canicule », organisation de la « veille sanitaire »
 - surveillance de l'apparition d'une éventuelle épidémie (« grippe aviaire »)
 - risque bactériologique et chimique
- **Associations et foyers** : réfugiés, clandestins, « SDF »



Nombreuses relations avec les interlocuteurs exclus par l'hôpital clinique, scientifique et managérial

Culture de l'urgence

- Bienfaisance vis-à-vis des « victimes » de la maladie, de la vieillesse ou de la société électoralement porteuse
- « Culture de l'urgence » commune à ses praticiens et aux politiques
- L'urgentiste prototype de l'individu hypermoderne
- « Nous sommes tous des urgentistes »



Pour conclure

Constataions et interrogations

- Logique compassionnelle, l'hôpital comme lieu d'hébergement
- Logique sociale, l'hôpital comme lieu d'enfermement
- Logique clinique, l'hôpital comme lieu de soins
- Logique scientifique, l'hôpital comme lieu de recherche
- Logique managériale, l'hôpital-entreprise
- Logique de l'urgence, accueil des situations exclues par les logiques clinique, scientifique, et managériale

Comment combiner la compassion pour la personne et la saisie du corps objectivé ?

La société du risque

- L'hygiénisme dont procède la rationalisation organisationnelle, induit l'expansion de résidus qui entraînent par cette expansion des catastrophes
- Mettre en place une politique de la **critique**
- Sortir du catastrophisme
- Au lieu d'être à l'origine d'une démarche réflexive sur l'hyperspécialisation de la médecine spécialisée, les urgences protègent cette logique, en particulier parce que les médecins urgentistes voient dans l'afflux d'usagers un moyen d'accéder aux rangs de praticien hospitalier puis de médecin spécialiste
- **Garantir institutionnellement**
 - la contre-expertise
 - la pratique professionnelle alternative
 - les débats interprofessionnels et interentreprises sur les risques causés par leur propre évolution

Elaboration d'un débat et d'une posture institutionnels et démocratiques

- Créer de nouveaux repères scientifiques et administratifs
- S'affranchir des modèles socio-compassionnel et bureaucratique hospitalo-centrés
- Faire cohabiter médecine hospitalière, de ville et de proximité au sein de la faculté de médecine
- Enrichir le corpus scientifique qui structure les études médicales d'une connaissance approfondie des populations âgées et en détresse psychosociale
- Insérer dans l'approche clinique des disciplines considérées comme « non médicales »
 - Sociologie
 - Psychologie
 - Gérontologie
 - Économie de la santé
 - Étude des enjeux institutionnels de la médecine
- Dégager l'administration hospitalière de la stricte mise en scène des exigences réglementaires de maîtrise des coûts guidées par les principes gestionnaires d'une recherche d'efficience

**Merci pour votre
attention**