



Que signifie l'hôpital à caractère propre aujourd'hui ?

Anne Bamberg

► To cite this version:

Anne Bamberg. Que signifie l'hôpital à caractère propre aujourd'hui? : Conférence à Strasbourg le 13 décembre 1989 dans le cadre de l'ENSP (École nationale de la santé publique) Hôpital-Plus. Programme de management hospitalier.. Que signifie l'hôpital à caractère propre aujourd'hui?, Dec 1989, Strasbourg, France. halshs-00440158

HAL Id: halshs-00440158

<https://shs.hal.science/halshs-00440158>

Submitted on 9 Dec 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Que signifie l'hôpital à caractère propre aujourd'hui ?

Qu'est-ce que le *caractère propre* d'un hôpital ? On ne le sait pas trop, mais il a souvent une connotation religieuse. En pratique l'expression *caractère propre* a souvent été utilisée, en France du moins, pour définir la différence entre l'école de Jules Ferry et celle que les cathos veulent différente. Qu'en est-il de l'hôpital, secteur où les dames de la Charité et les Hôtels-Dieu ont fait les premiers pas vers les miséreux, ceux que l'Etat-Providence, alors inexistant, n'avait pu prendre en charge ? Ces héritiers du moyen-âge, que sont-ils devenus ? Pourquoi s'y intéresser encore puisque la santé est désormais aux mains de l'Etat ou de la collectivité ? Ont-ils un message à porter ? Et si oui, lequel et comment le conçoivent-ils à la fin du 20e siècle ? Enfin se pose la question s'ils font mieux, s'ils peuvent être un modèle pour d'autres, si leur caractère propre apporte un plus ?

J'esquisserai ici quelques étapes en grands traits, en questions posées peut-être un peu abruptement, mais destinées simplement à alimenter une réflexion, à soulever des interrogations auxquelles je n'ai pas de réponses, mais dont j'espère qu'elles pourront servir à d'autres fins que celles d'un sectarisme quel que fût son nom. D'abord, j'essayerai de présenter pourquoi et comment j'ai eu l'idée de me poser la question de la religion à l'hôpital. Ensuite, je montrerai rapidement les résultats d'une recherche sur l'hôpital et les Eglises en France et en République fédérale d'Allemagne (1). Le troisième temps sera réservé à quelques évolutions récentes en matière d'hôpital catholique en France. Enfin, se posera la question de la finalité d'un caractère propre religieux aujourd'hui. Vous transposerez facilement ces réflexions sur des domaines autres que religieux, si -directeurs d'hôpital- vous estimez qu'un *caractère propre* s'avère être une idée fascinante pour l'administrateur.

Les balbutiements d'une recherche

L'idée surgit lors d'une promenade sur les bords du Tibre. Quittant le quartier populaire du Trastevere, je passais avec un groupe d'amis sur l'Isola Tiberina afin de rejoindre le forum de la Rome antique. Nos pas s'arrêtèrent devant l'hôpital des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, le célèbre hôpital des Fatebenefratelli. Ici des brancardiers débarquaient une misérable malade mentale qui hurlait des insultes aux badauds. Elle gesticulait de sa main noueuse et boueuse. Le sang coulait du coin de sa bouche. Rapidement elle disparut sous nos yeux : on allait la soigner. La foule se dispersait et devant nous restait l'image d'un vieillard en guenilles terreuses auquel un frère non moins jeune tendait un petit paquet. Etait-ce le pain des pauvres ?

Il fallait entrer dans le préau de ce vieil hôpital pour y voir d'autres pauvres et découvrir des images insolites dans les hôpitaux de nos régions. Ici un frère en habit religieux murmurait son bréviaire tout en balaçant le rosaire suspendu à sa ceinture. Là un autre parlait doucement à une femme en larmes qui ne voulut pas comprendre qu'elle ne pouvait pas voir "son malade". Plus loin deux hommes discutaient. L'un tenait une feuille et l'autre une boîte d'éprouvettes. Rien de plus courant dans les hôpitaux, et pourtant, ils me semblaient si bizarres avec leur blouse blanche dont dépassait à hauteur de jambe un habit religieux défraîchi. Mes yeux se fixaient sur d'affreuses chaussettes noires en accordéon reprises sur les orteils. Les deux personnages étaient impressionnants : en bas l'image d'un moine, en haut celle d'un agent hospitalier. Je me demandais pour la première fois quelle place la religion pouvait bien tenir dans nos hôpitaux.

Avant que le champ de mes recherches, ne se réduise à deux pays voisins, la France et la République fédérale d'Allemagne, j'avais fait un rapide tour de piste en Italie et au Benelux. J'y avais repéré des hôpitaux à *caractère propre religieux*, des cliniques Saint-Luc, si fréquentes car l'évangéliste est le patron des médecins, des cliniques Sainte-Anne, Saint-Joseph, membres de la sainte famille, des cliniques de la Toussaint ou de tous les saints. Elles étaient si nombreuses à porter des noms à connotation religieuse et leur caractère religieux n'apparaissait en un premier temps qu'à travers leur enseigne. Leur nom était religieux, mais les religieux, les religieuses une espèce si rare dans leur enceinte.

J'avais moi-même fait un bref séjour à la clinique Adassa de Strasbourg et je connaissais la fondation Rothschild à Paris : les cliniques juives avaient-elles un *caractère propre religieux* très défini ? Chrétienne moi-même j'y fus merveilleusement soignée et j'y goûtais mes premiers repas *kosher* dont je garde un souvenir exquis, mais je n'y trouvais au-delà du plaisir de voir mon dessert, flan ou yaourth, servi dissocié des viandes au milieu de l'après-midi, guère de caractère judaïque. D'ailleurs le chirurgien était catholique, les soignants de toutes races et de tous cultes. Chez les diaconesses ce ne fût pas bien différent, sauf qu'elles étaient charmantes, accueillantes, en habit et qu'elles avaient mis à ma disposition un évangile. Chez elles la synagogue s'appelait chapelle et le crucifix fixé aux murs des chambres me rappelait ce petit symbole apposé à l'entrée de chaque chambre de la clinique juive. Les soins étaient ici et là de qualité incontestablement équivalente, le respect de mes convictions religieuses indéniable : les uns comme les autres m'avaient proposé les services du ministre de mon culte. J'aurais été hospitalisé dans le secteur public, c'eût été pareil ou presque... En tout cas, là aussi mes convictions religieuses et mes aspirations spirituelles auraient été respectées. J'avoue que je n'ai pas choisi lesdites cliniques, j'ai choisi un chirurgien, qui par chance pour mes recherches opérait dans deux cliniques de confessions différentes. Après avoir vu et ressenti le côté "usager", je l'ai confronté à la perception que d'autres ont pu en avoir

et mes interrogations des administrateurs, médecins et soignants se formulaient de manière de plus en plus précise.

Rapidement, je dus limiter mes recherches aux seules cliniques catholiques et protestantes, aux seuls pays voisins: la France et la République fédérale d'Allemagne. Vivant en pays limitrophe, j'avais quelques facilités géographiques et linguistiques. Mais il s'avérait aussi très rapidement que la seule observation des cliniques à *caractère propre religieux* pouvait certes être intéressante pour la théologienne et canoniste que je suis, mais qu'elle me confinait irrémédiablement dans le ghetto de ceux qui appartiennent au camp. La comparaison avec l'hôpital public s'avérait donc indispensable pour prendre la mesure de la question : quelle place la religion tient-elle à l'hôpital ?

Quelles ne furent pas les questions qui effleuraient mon esprit et qui mériteraient qu'on les approfondisse : l'avortement et l'euthanasie, questions d'éthique et de déontologie professionnelle, questions sur lesquelles le magistère religieux s'exprime nettement; les sectes à l'hôpital, le prosélytisme religieux, le respect des rites : repas kosher pour les israélites, sans porc aussi pour les musulmans; prière du vendredi... les témoins de Jéhovah et l'exsanguino-transfusion... Les dédales des interférences de la religion avec le monde de la santé vont de l'aumônerie hospitalière, structure acquise dans les pays démocratiques (2), à l'irruption du religieux dans les médecines alternatives. Le champ est si vaste qu'on ne peut le traiter en une seule thèse, il donne lieu à un programme de recherche auquel peuvent contribuer de nombreux chercheurs. La première étape fut celle de la comparaison entre secteur public et secteur privé à caractère religieux dans deux pays voisins. Qu'a-t-elle pu dire sur le *caractère propre* de l'hôpital confessionnel ?

L'hôpital à caractère propre chrétien en France et en République fédérale d'Allemagne

Si en France comme en Allemagne de l'Ouest les pouvoirs publics gèrent aujourd'hui la majorité des hôpitaux, les cartes sanitaires des deux pays montrent qu'il existe des cliniques à orientation chrétienne. Congrégations, associations ou paroisses veillent à leur bonne marche. Leur structure juridique est privée, leur taille moyenne. Si elles sont moins grandes que les hôpitaux publics, leur plateau technique rejoint souvent celui des centres de soins publics. On parle beaucoup de leur confort hôtelier, de la qualité des soins, des diverses petites attentions au bien-être du malade. Mais la religion y tient-elle une place différente qu'à l'hôpital public ?

En France comme en République fédérale d'Allemagne la liberté religieuse est inscrite dans la constitution. L'hôpital comme la société l'a intégré tout comme le

pluralisme. Et, si les reliquats de religion sont bien tolérés à l'hôpital, l'indifférence religieuse règne souvent chez l'hospitalisé comme chez le personnel. La situation n'est pas très différente que ce soit en France ou en Allemagne de l'Ouest, dans le public ou dans le privé à but non lucratif. Parmi les soignants et les soignés il reste cependant des deux côtés des chrétiens persuadés du message évangélique, vivant leur foi à l'hôpital et s'efforçant d'aider les autres à vivre la leur.

Seulement en Allemagne, où la *Caritas* et la *Diaconie* gèrent de nombreuses cliniques, leur différence avec le secteur public apparaît rapidement. Elle ne se joue cependant pas tellement sur le terrain de l'hôpital, dans les rapports entre soignants et soignés, mais surtout dans le discours juridique et institutionnel des Eglises. Celles-ci insistent sur la *spécificité* de leurs hôpitaux. "Cliniques différentes de toutes les autres, disent-elles. Ici se pratique l'amour chrétien du prochain ! Ici s'exerce la religion chrétienne !" C'est fondamental, mais non pas tellement pour l'hospitalisé que pour les Eglises ! Car là où s'exerce la religion chrétienne, les Eglises allemandes jouissent en tant qu'institution de leur liberté religieuse. Elles peuvent gérer leurs affaires comme elles l'entendent, sans que l'Etat ne puisse interférer.

Le caractère spécifique des institutions hospitalières relevant des Eglises occupe toujours l'avant-plan de la scène sur laquelle s'exerce le discours juridique allemand. L'hôpital est vu comme un lieu où se pratique l'amour chrétien du prochain. Déclaré manifestation de la vie et de l'essence de l'Eglise cet amour se pratique sûrement à l'hôpital. S'il se trouve aussi explicité par les théologiens, il fait avant tout l'objet fondamental d'un puissant discours juridique dont le but est le maintien d'un statut particulier des Eglises dans la société allemande. Le discours institutionnel des Eglises, tant catholique que protestantes, se distingue diamétralement de celui des français, puisqu'il révèle une dimension inconnue en France : *l'existence d'un droit du travail particulier aux Eglises et à leurs institutions caritatives* (3), législation qui est souvent présentée comme injuste voire révoltante puisqu'elle constitue le fondement de licenciements inappropriés d'agents hospitaliers dont la conduite ne serait pas conforme à la doctrine de l'Eglise.

Inéluctablement l'étude des cliniques confessionnelles allemandes renvoie à une abondante jurisprudence, citée à travers la quasi-totalité de la littérature allemande sur l'hôpital et la religion. Ici la comparaison avec la France atteint le point culminant des différences. Le discours juridique qui s'est élaboré au cours des dernières décennies atteint une puissance inégalable et défend l'autonomie de gestion des Eglises. Discours de juristes sur les droits de l'Eglise, il parle certes de l'hôpital mais surtout de la liberté de l'institution et du droit d'auto-détermination des Eglises. La confessionnalité des cliniques catholiques et protestantes fait l'objet de nombreux articles et ouvrages qui tous abordent la question de la liberté de l'Eglise. Les conflits sont nombreux et, passant par les tribunaux administratifs et les juridictions du travail, quelques affaires importantes sont montées jusqu'à la cour

constitutionnelle fédérale. Ainsi telle loi hospitalière est déclarée inadaptée car elle lésait le droit d'autodétermination des Eglises. Tel médecin est licencié pour avoir pris position en faveur de l'avortement peut-être même sans l'avoir jamais pratiqué dans ladite clinique. Les conflits du droit du travail sont nombreux, les syndicalistes exclus des cliniques chrétiennes, les divorcés remariés licenciés. Et tout ceci est possible grâce à la structure allemande des rapports de l'Eglise et de l'Etat.

Si l'Etat garantit la plus grande liberté aux Eglises et les exempte même de l'application de certaines législations sur le travail et la gestion des entreprises, les Eglises de leur côté n'hésitent pas à réaffirmer constamment leurs droits. D'instance en instance, elles défendent leur liberté, quelquefois au détriment d'une justice sociale inscrite par ailleurs dans le discours magistériel romain. Eglise de riches, l'argent n'y est pas pour rien : les Eglises allemandes bénéficient de l'impôt d'Eglise, inconnu dans la France laïque. Second employeur après l'Etat elles monopolisent dans certaines régions de vastes secteurs du système sanitaire et social (4). Les ressources financières des Eglises, leur impact sur le marché du travail -environ 500 000 employés- incitent les autorités ecclésiastiques gestionnaires d'institutions sanitaires et sociales à faire prévaloir leurs intérêts et leurs buts à travers forces batailles de juristes. Si l'unanimité existe au niveau des cadres ecclésiaux, et la quasi-unanimité au niveau de la cour constitutionnelle, les usagers ne partagent pas toujours le même avis. D'une part, des voix se font entendre pour dénoncer les abus. De puissants syndicats tels l'ÖTV (*Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr*) s'emparent du dossier des employés des institutions caritatives. Et d'autre part, bon nombre de chrétiens conscients des problèmes suscités par l'attitude perçue comme élitiste des Eglises, annoncent que la situation ne peut durer et que tôt ou tard le discrédit frappera les Eglises allemandes et leurs institutions. Rêvent-ils en espérant une autre justice que celle des puissants ? En tout cas, le maintien des façades ne les intéresse pas. Pour eux l'important se situe au niveau des gestes de tous les jours qui rendent l'hôpital plus humain. La générosité de leurs gestes et paroles d'amour et d'espérance contraste avec l'étroitesse du discours institutionnel. Pour eux une chose est claire : si l'humanisation de l'hôpital ne se fait pas en mettant des plantes vertes dans les couloirs, le caractère chrétien de l'institution ne passe ni par les statues de saints patrons ni par un statut dérogatoire jugé comme antisocial.

En France les Eglises n'ont pas ce pouvoir et le personnel de leurs cliniques ne connaissait guère jusqu'en 1987 ce type de problèmes. Ici l'Eglise n'a depuis deux siècles plus affirmé aussi vigoureusement sa présence sur la scène de l'hôpital. Mais deux ans avant le Bicentenaire les affaires bougent à nouveau et, depuis, bien des questions se posent pour les cliniques catholiques françaises.

Du caractère propre dans les cliniques catholiques françaises Evolution depuis 1987

La question du caractère propre de l'hôpital catholique français resurgit en 1987 avec la naissance des premiers bébés-éprouvettes dans des hôpitaux confessionnels ou grâce à des centres de recherche liés à des universités catholiques. Suite à l'instruction romaine sur la procréation assistée, *Donum vitae* (5), quelques cliniques s'opposent à cette nouvelle technique. Le cas du docteur Chartier, chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital catholique Notre-Dame-de-Bon-Secours à Paris est connu. Il démissionne en raison d'injonctions du conseil d'administration qui a décidé d'interrompre son programme de procréation assistée (6). Un autre médecin, responsable du centre de diagnostic prénatal de l'hôpital, met en cause l'archevêché de Paris. Le docteur Forestier est également démissionnaire. En effet, ces médecins ne comprennent ni pourquoi on n'accepte pas les fécondations *in vitro* pour les couples stables, ni pourquoi on refuse les exceptionnelles interruptions de grossesse pour des maladies maternelles graves ou des malformations incompatibles avec la vie du fœtus. Par ailleurs, ils ne voient pas pourquoi le diagnostic prénatal pourrait être poursuivi à Bon-Secours sous condition que les interruptions de grossesse se fassent ailleurs (7).

Le scénario est semblable à Metz. "Naissance sans problème" titre le *Républicain Lorrain* du 30 décembre 1987, annonçant le premier bébé-éprouvette conçu à Metz. "Rien de bien particulier à priori, dans cette nouvelle sinon que David est le premier bébé-éprouvette à avoir été conçu et mis au monde à Metz et que sa naissance est le résultat d'une collaboration étroite entre les équipes médicales de la maternité Sainte-Croix et les biologistes du laboratoire de biologie sexuelle de la maternité régionale de Nancy". *Rien de bien particulier*, rien que le fait qu'"un enfant qui naît c'est toujours merveilleux !" comme le dit le Dr Cordonnier qui a cultivé et fécondé les ovocytes. Mais quel étonnement pour les lecteurs de ce même journal régional lorsque le lendemain, 31 décembre, le *Républicain lorrain* reprend le sujet en titrant : "Ferme condamnation de l'évêque de Metz". Le communiqué de Mgr Raffin est implacable : les fécondations *in vitro* n'ont pas leur place à l'hôpital catholique ou en d'autres mots les religieuses n'y ont plus leur place (8). Dans une interview destinée à dissiper l'ambiguïté Mgr Raffin explique que l'hôpital Sainte-Croix est dans l'opinion publique un établissement catholique mais que ce n'est plus qu'à moitié vrai : "Un véritable établissement catholique a les moyens de respecter la doctrine catholique. Ce qui n'est plus le cas, puisque les sœurs sont en minorité. Elles sont simplement propriétaires des lieux" (9).

Le débat autour de la catholicité de ces établissements hospitaliers soulève tout d'abord la question de l'intégration de l'instruction de la congrégation pour la doctrine de la foi en matière de fécondation artificielle. Si les universités catholiques de Lille, Louvain et Nimègue n'ont pas opté pour la non-réception de ce document

affirmant qu'elles continueront le dialogue avec les autorités romaines, elles tiennent cependant à mener leurs recherches et à préserver leur niveau scientifique. Les médecins démissionnaires ne renient pas pour autant leur foi de catholiques. Bien au contraire, ils estiment que le combat pour la vie doit être mené, et que le rôle de l'hôpital chrétien est d'accueillir précisément les demandes de détresse de notre temps. Le docteur Chartier ne demande-t-il pas qu'un dialogue s'instaure entre scientifiques, pasteurs et théologiens afin "que le médecin catholique puisse continuer à affirmer sa foi sans renier la science" (10).

Ainsi se pose à nouveau après un siècle la question de la foi et de la science, celle du modernisme. Mais au-delà des barrages romains imposés aux hôpitaux catholiques en matière de bioéthique, la tendance à une reprise en main de la catholicité de l'hôpital se fait jour sous un autre angle jusqu'ici peu invoqué dans un pays où est né le gallicanisme : l'introduction dans le règlement intérieur d'une référence à l'éthique et à la morale catholique. Il s'agit de l'hôpital Saint-Luc à Lyon, connu pour l'efficacité de son centre de grands brûlés, qui a inséré dans son règlement intérieur quelques clauses à coloration catholique. Le personnel ne devrait pas exécuter d'actes médicaux en contradiction avec la morale catholique, d'une part, et l'hôpital s'efforcerait, d'autre part, à fournir à ses malades les meilleures chances de guérison par les soins physiques et moraux appropriés dans l'éthique de la morale catholique. Cet hôpital n'abritant aucun service de maternité ou de gynécologie la question n'est pas tout à fait pareille. Il s'agit du respect du code de travail qui dans son article L.122-35 précise que le règlement intérieur ne peut comporter de disposition lésant les salariés en raison de leur sexe, de leur situation de famille, de leurs opinions ou confessions. Dès 1983, l'inspecteur du travail du Rhône avait considéré que le règlement intérieur en question contenait des discriminations interdites par l'article ci-dessus. Un recours contentieux contre cette décision avait été porté devant le tribunal administratif de Lyon et ledit recours a été rejeté après quatre ans de procédure par jugement en date du 1er décembre 1988 (11). Voilà qu'avec l'affaire Saint-Luc surgit une question qui facilite le rapprochement avec la situation des cliniques confessionnelles en République fédérale d'Allemagne, mais en France le code du travail s'applique à tous et les Eglises ne bénéficient pas d'un statut dérogatoire !

Le dénominateur commun avec le célèbre cas de Notre-Dame-de-Bon-Secours et celui de la clinique Sainte-Croix de Metz réside dans l'idée d'une morale chrétienne qui devrait être le symbole de la catholicité de l'hôpital. Cette morale n'a rien de spécifiquement français, universelle, elle soulève la question de la recherche et de la déontologie professionnelle dans les unités d'enseignement, de recherche et de soins des cliniques et des universités catholiques. Contrairement au discours des Eglises allemandes, supporté par la puissance économico-sociale de ces Eglises, le phénomène récemment apparu dans les cliniques catholiques françaises n'a pas pour

but de fortifier la position d'une confession déjà puissante ou de préserver des prérogatives d'une institution séculaire, mais de mettre en oeuvre des principes moraux. Bien des médecins catholiques pensent que ces garde-fous ignorent qu'il existe une déontologie médicale. Pour eux, Hippocrate avait parlé avant les pontifes romains. Cette profession liée depuis des siècles à un serment ne va-t-elle pas considérer les évolutions récentes dans les cliniques catholiques comme une involution ? D'aucuns estiment que la restauration avance à pas de géants et, ici comme en Allemagne fédérale, l'idée centrale n'est pas celle du caractère propre de l'hôpital mais celle de l'affirmation d'une identité ecclésiale et institutionnelle dépassant tant l'hôpital que ceux pour qui cette structure est née. Ici et là le caractère propre est un prétexte, un terrain sur lequel se jouent des structures de pouvoir, un échiquier dont les pions sont extérieurs au bien-être du malade. Aberrant ce caractère propre qui n'est plus comme aux origines chrétiennes des Hôtels-Dieu capable de faire face aux détresses humaines ? Mais peut-être le caractère propre de l'hôpital n'est-il pas conçu pour le malade mais pour l'entreprise ? Ou bien pourrait-on concevoir qu'il arrive à lier les deux : l'intérêt de l'utilisateur et celui de l'entreprise ?

Entre la réalité et le mythe, l'utilité d'un caractère propre

Il n'est pas inutile de réfléchir à la spécificité d'une entreprise. C'est d'ailleurs tout à fait dans l'air du temps. L'entreprise qu'elle s'appelle hôpital ou qu'elle relève d'un autre secteur public ou privé, de prestation de service ou à but lucratif, aime se définir, se caractériser, se démarquer que ce soit sur le terrain d'une compétitivité professionnelle ou d'idéaux métaphysiques. N'y-a-t-il pas autant d'essais d'être différent du voisin, d'offrir du mieux, quelque chose en plus, un petit quelque chose qui fera toute la différence et qui rendra le tout plus attrayant, mieux adapté à des besoins toujours nouveaux ?

À l'orée du second millénaire l'hôpital n'est plus un Hôtel-Dieu, une Charité... Il a changé. Le travail de type artisanal n'y a plus sa place. Centré autour de son pivot principal, le plateau technique, il entre en association avec le monde de la recherche et celui de l'industrie. Sa compétitivité repose à l'évidence sur l'intégration des nouvelles techniques médicales, mais l'amélioration constante des soins hospitaliers et la qualité de l'hôtellerie comptent aussi dans son évaluation. Que l'hôpital soit public ou privé, à but lucratif ou à caractère propre religieux ces indicateurs ne laissent indifférents ni les usagers, ni les administrateurs et les techniciens de l'art de guérir.

Aucun conseil d'administration de clinique à caractère propre religieux n'est insensible à la question du plateau technique. L'existence de l'institution en dépend car sans ces moyens l'intégration au service public hospitalier est impensable. En témoignent les fermetures de tel ou tel service de clinique religieuse qui ne sont plus

à la hauteur des demandes d'usagers conscients d'une offre compétitive dans le secteur public voisin.

Par ailleurs, la qualité des soins médicaux et hospitaliers préoccupe autant les responsables de cliniques à caractère propre que ceux des hôpitaux publics. Aujourd'hui tous sont confrontés aux questions que pose la profession infirmière (12). A l'époque où les religieuses et dames de la Charité concevaient les soins davantage comme un sacerdoce que comme une profession, la question de la reconnaissance, de la rémunération et des droits à la vie de famille et de loisirs des soignant(e)s ne se posait pas. Aujourd'hui cette profession, qui n'est juridiquement reconnue que depuis quelques années, revendique ses droits. Mal payée elle n'attire plus les foules et les effectifs déjà trop maigres ont tendance à baisser encore. Sans la profession infirmière, la profession médicale à beau être au faite de toutes les avancées techniques et scientifiques, l'hôpital risque de sombrer dans le délabrement et d'être classé service public le plus sinistré (13). L'hôpital est malade et cette maladie affecte tous ses usagers, scandalise les médecins, révolte les soignants et crée les pires ennuis aux administrateurs jonglant entre un idéal de management efficace et d'horribles contraintes budgétaires. Va-t-on accuser le financement des hôpitaux, la sécurité sociale ? Ne dit-on pas que le dévouement des soeurs d'antan permettait de combler quelques trous ? Certes, elles ne comptaient pas leur temps, mais souvent épuisées par la surcharge de travail, leur ministère s'en ressentait et les caricatures de vieilles bonnes soeurs, acariâtres et pieuses à la fois, gendarmant autour des lits des malades n'ont pas seulement alimenté l'esprit des plus anti-cléricaux. Que demande-t-on, à cette profession ? Plus qu'à d'autres et à salaire souvent moindre ? Le problème ne se réduit pas à une question de manque d'idéal ou de disponibilité, mais à la fin du 20^e siècle il s'agit d'une question de droits de l'homme, ceux de celui qui soigne et de celui qui est soigné.

Et les médecins, que leur demande l'hôpital idéal, celui dont rêvent ceux qui y travaillent et ceux qui comptent sur ses services ? On se plaint qu'ils usent, voire abusent de leur savoir et de leur pouvoir. On leur demande le possible et l'impossible et eux aussi se plaignent d'être mal payés, de subir des contraintes de tous genres et de ne pas pouvoir disposer des fonds nécessaires pour pousser plus loin leurs possibilités de mettre en oeuvre toutes les techniques disponibles (14).

Les administrateurs, eux, se situent entre les usagers, les soignants et les techniciens, ceux de l'art de guérir et ceux de la grande industrie. Ils doivent faire tourner cette machine énorme, permettre aux uns et aux autres de faire au mieux, respecter leurs aspirations qu'elles soient professionnelles ou sociales, répondre aux besoins thérapeutiques et humains des usagers. Que ce soit dans le secteur public ou dans un secteur privé à orientation confessionnelle ou purement commerciale, le problème reste le même. La lutte est constante : il s'agit de fournir de plus en plus de santé, de bien-être physique et moral.

Dans ce contexte la question de la gestion se pose inévitablement. La machine étatique est incriminée de paralysie, de lenteur empêchant de faire face aux demandes de plus en plus exigeantes. L'Etat-social est accusé de ne pas subvenir aux besoins fondamentaux de ses suffragants. Taxé de pourri, on lui cherche des alternatives, on fuit le secteur public afin de créer du nouveau, du mieux, du pas encore vu... ou bien on se replie sur des structures déjà anciennes, leur redécouvrant quelques qualités. Dans le secteur privé les problèmes ne sont pas beaucoup différents. Il faut faire face à toutes ces questions qui d'une manière ou d'une autre risquent de nuire au dynamisme de l'entreprise : incompréhension des différents acteurs, cloisonnement des services entre eux, fossés entre administrations et administrés, entre soignants et usagers. Innovation et imagination deviennent des mots-clefs, aussi à l'hôpital. Ne citons qu'un cas : "comment faire pour qu'un enfant se sente bien à l'hôpital ?" ou "Le prix des câlins" (15). Ce n'est pas évident de trouver les moyens pour créer un environnement hospitalier où les rires d'enfants n'étouffent pas sous la froideur de structures bloquées. Pour mettre des couleurs dans ce service hospitalier, pour laisser à l'enfant l'envie de bouger, il fallait croire à la vertu thérapeutique d'un milieu accueillant, faire face à des résistances et surmonter le manque de crédits... Une association, loi 1901, a dû venir au secours, le service public étant impuissant ou sclérosé. Mettre l'homme debout n'est pas facile dans un lieu où il est alité, lieu où se trouvent les cas extrêmes et les cas nouveaux, monde éclaté qui après un âge d'or et de prestige professionnel connaît aussi la crise.

Lorsque le caractère propre de l'hôpital signifie *projet d'entreprise*, il est sûrement attrayant et ceci tant pour la clinique confessionnelle que pour la clinique commerciale. Alors il a également son importance dans le service public hospitalier. En témoignent toutes les réflexions menées au sujet de la relation humaine à l'hôpital : l'humanisation face à la technologie toute-puissante (16), la dynamisation des ressources humaines et la communication à l'hôpital (17). L'hôpital nécessite un *lifting* pour lequel il faut essayer de "concilier l'inconciliable" (18), développer une stratégie des ressources, une dynamique de la concurrence. Rendre l'hôpital attractif par la qualité accrue des prestations, susciter le rapprochement entre le corps médical et l'administration sur un projet médical et la qualité des soins, développer des campagnes de sensibilisation du personnel ou l'associer à une démarche qui vise à rendre l'hôpital plus accueillant... n'est pas aisé dans un milieu où coexistent de nombreux métiers et services. Dans ce contexte l'idée d'un caractère propre constitue sûrement une voie qui mérite d'être testée. Mais encore faut-il qu'elle ne prêche pas l'absolue vérité.

L'hôpital à caractère propre religieux tel qu'il s'oriente aujourd'hui en France et en République fédérale d'Allemagne ne donnerait-il pas matière à réfléchir. Il se veut respectueux de la religion, ouvert à tous, de toutes races, de toutes religions et de toutes maladies. Il respecte le domaine religieux et veut intégrer au mieux la

technique. Mais son caractère propre religieux ne montre-t-il pas aussi des abus qu'un idéal peut produire ? S'il croise l'idée d'un projet d'entreprise axé sur l'utilisateur il est très louable. Par contre s'il est extérieur à l'entreprise il n'a de l'intérêt que pour une supra-structure : l'Eglise. Alors il fera sûrement couler beaucoup d'encre, mais s'il garde ses quelques longueurs de retard sur les réflexions qui se font dans le cadre de la dynamisation de l'hôpital et il ne pourra être parlant ni pour les directeurs d'hôpitaux, ni pour les soignants et les soignés.

Notes

- (1) Voir Anne Bamberg, *Hôpital et Eglises. France et République fédérale d'Allemagne*, Strasbourg, Cerdic Publications, 1987, 408 p. ainsi que *Une place pour les Eglises à l'hôpital ? Les cas de la France et de l'Allemagne de l'Ouest*, in *Ouvertures*, 48, 1987, p. 32-35.
- (2) Dans mon ouvrage cité ci-dessus j'ai montré que tant l'hôpital public que les structures hospitalières à orientation confessionnelle prévoyaient la présence de l'aumônier. Du point de vue des deux Etats la législation permet de pourvoir aux besoins spirituels des malades. Structure acquise ne signifie cependant pas pour autant qu'une réflexion sur les aumôneries ne doit être menée. Elle a aussi lieu dans le cadre d'équipes pluri-confessionnelles et les accords avec les administrations des hôpitaux ne sont pas négligés, ceci toujours en vue d'un service optimal de l'hospitalisé. A côté de ces initiatives il faut signaler que la réflexion est aussi quelquefois menée uniquement de l'"intérieur" de telle ou telle confession. Un exemple récent peut être cité pour la France : Patrick Valdrini, *Aumônier et aumônerie d'hôpital en droit canonique*, in *Documents épiscopat*, 2, 1989, p. 1-8. Il est cependant regrettable que le point central de ce type de discours soit le statut de l'aumônier et non les droits de l'hospitalisé. Ici aussi le malade n'est consulté que par le "questionnaire de sortie", alors que le discours ecclésial se veut anthropophile.
- (3) Voir parmi les articles récents, par exemple, Birgit Adamek, Jörg Winter, *Arbeitsrechtliche Regelungen im Bereich der Diakonie*, in *Zeitschrift für evangelisches Kirchenrecht*, 33, 1988, p. 441-446 ou Heiner Marré, *Zur Loyalität im Dienst der Kirche. Das Staatskirchenrecht als Imperativ*, in *Theologie und Glaube*, 78, 1988, p. 397-414.
- (4) Sur la "position forte" des Eglises allemandes voir par exemple Karl-Heinz Ohlig, Aloys Wener, *L'Eglise catholique en Allemagne fédérale. Puissance et impuissance*, in *Etudes*, 370/3, 1989, p. 383-394. La faiblesse de sa diaconie a été récemment décrite par Hermann Steinkamp, *La diaconie dans l'Eglise des riches et dans l'Eglise des pauvres. Une comparaison empirico-ecclésiologique*, in *Concilium*, 218, 1988, p. 87-98.
- (5) Congrégation pour la doctrine de la foi, Instruction, *Donum vitae* du 22 février 1987 in *Acta apostolicae sedis*, 80, 1988, p. 70-102 traduction française in *La documentation catholique*, 84, 1987, p. 349-361.. Voir aussi Henri Wattiaux, *Naître, vivre et mourir aujourd'hui. Bulletin de bioéthique*, in *Revue théologique de Louvain*, 20, 1989, p. 344-355 présentant une série de livres récents sur la bioéthique.
- (6) Voir Michel Chartier, *Témoignage et interrogations d'un gynécologue-accoucheur catholique*, in *Le supplément*, 165, 1988, p. 161-176. Le médecin démissionnaire exprime ainsi sa vision de l'hôpital catholique et de son caractère propre : "Quelle est la fonction d'un hôpital catholique ? Doit-il être, la vitrine de la doctrine catholique ? Ma question est alors : où iront se former les étudiants en médecine qui ne peuvent apprendre dans un hôpital catholique des techniques médicales approuvées par le code de déontologie mais interdites par les autorités ecclésiastiques ? Quelle sécurité morale auront les patientes qui, devant cette même situation, se verront contraintes d'aller dans un hôpital public ? Quant à moi, j'ai toujours pensé que l'hôpital catholique doit être un lieu privilégié de miséricorde suivant l'étymologie même du mot latin à savoir "qui a le coeur sensible au malheur". Moyennant un dialogue confiant dans l'établissement hospitalier catholique, en tenant compte du caractère propre de l'établissement et de la nécessaire liberté de conscience du médecin catholique, des solutions humaines doivent être recherchées et trouvées pour toutes les détresses qui frappent à la porte de cet hôpital. Me proposer d'aller pratiquer la fécondation in vitro dans un local non confessionnel, cela ne résout rien". p. 175-176, (nous soulignons).
- (7) Gérard Badou, *Hôpital. Quand Rome fait la loi*, in *L'Express*, 1er au 7 janvier 1988, p. 17 : "Les médecins ont dû plier devant les pressions de la hiérarchie catholique" titre l'auteur et il conclut que "la soumission à la loi de l'Eglise coûtera cher à Notre-Dame-de-Bon-Secours : outre les 600 000 francs d'indemnités que l'hôpital devra verser au Dr Chartier, auxquels s'ajouteront 400 000

francs pour chacun des autres démissionnaires, l'établissement risque surtout d'avoir perdu là une bonne part de son prestige". Voir aussi le récent article de Pierre-André Taguieff, *L'eugénisme, objet de phobie idéologique. Lectures françaises récentes*, in *Esprit*, 156, 1989, p. 99-115; les pages 49-123 de cette revue sont consacrées à la question suivante: *La bioéthique en panne ? Lieu privilégié de miséricorde*.

- (8) L'évêque s'exprime fermement : "On s'étonnera à juste titre qu'un tel événement ait lieu dans un établissement notoirement catholique (...) Tout en désapprouvant le fait, conformément à l'enseignement de la congrégation pour la doctrine de la foi, le don de la vie (22.02.1987), je tiens à préciser que la responsabilité des religieuses de la Charité maternelle ne saurait être directement engagée dans l'affaire. La structure de l'établissement fait que les religieuses ne sont plus en mesure de s'opposer à une décision de ce genre. (...) Cela posera évidemment à l'avenir le problème de la place des religieuses dans un établissement hospitalier lorsqu'elles n'ont plus la possibilité de s'opposer à ces actes contraires à la doctrine de l'Eglise".
- (9) in *Le Républicain Lorrain*, du 3 janvier 1988, sous le titre *Mgr Raffin : "Les soeurs pourraient quitter l'hôpital Sainte-Croix de Metz"*. Le nouvel évêque de Metz élargit le débat et pose la question "de l'existence de beaucoup d'établissements en France qui sont notoirement catholiques et où les congrégations hospitalières n'ont plus les moyens de leur politique. Dès lors on peut s'interroger sur la présence de l'Eglise dans des établissements qui apparaissent comme étant catholiques et qui, de fait, ne le sont plus".
- (10) Michel Chartier, *op. cit.*, p. 176. Voir aussi le dossier de *Témoignage Chrétien*, *Résister pour espérer. Paroles de liberté face à la restauration dans l'Eglise*, Paris, Témoignage chrétien, 1989, 80 p.; sous les titres *Ils ne veulent pas casser l'éprouvette*, p. 46, *Continuer et dialoguer. Un entretien avec Charles Lefèvre*, (directeur du centre d'éthique médical de Lille), p. 49-52, *De la technique à la morale*, par Baudouin Petit médecin consultant externe à l'Université catholique de Louvain, p. 54-55 et *La note officielle du recteur de l'Université*, par Pierre Mack recteur de cette même université catholique de Louvain, p. 47.
- (11) Voir Christine Mayer, François Navarranne, *Association et employeur : les règlements intérieurs*, in *Juris Associations*, 41, 1989, p. 38-41.
- (12) Voir par exemple Daniel Schaeffer, *La profession infirmière*, in *Etudes*, 370/3, 1989, p. 313-322.
- (13) Voir par exemple *Hôpitaux. Le délabrement*, in *Le Point*, 6 novembre 1989, p. 73-78 ou l'article de Franck Nouchi sur le colloque du parti socialiste, *Les plaies d'argent de l'hôpital public*, in *Le Monde*, 7 novembre 1989, p. 15.
- (14) Voir à ce sujet le dossier publié récemment par *Le Point*, *op. cit.* ou le numéro 109 de septembre 1989 de la revue *Autrement* titrant *L'hôpital à vif. L'état des lieux*.
- (15) Voir Maurice Lemoine, *Le prix des câlins*, in *Autrement*, 109, 1989, p. 91-94.
- (16) Voir par exemple l'article de l'éthologue en hôpital, Jean-Pierre Hélary, *L'autre versant de la technique : le retour à la relation humaine*, in *Autrement*, 109, 1989, p. 41-46.
- (17) Voir parmi les publications récentes par exemple Marie-Georges Fayn, Denis Frechou, *La communication de l'hôpital*, Paris, Editions ESF, 1989, 145 p. ou Jean-Olivier Arnaud, Gérard Barsacq, *La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital*, Paris, Editions ESF, 1989, 130 p.
- (18) "L'hôpital s'essouffle à essayer de garder un équilibre précaire entre toutes les fonctions dont il est l'enjeu. On lui demande d'être à la fois humain, technique, sécurisant, efficace, rentable. Hélas, pas de remède miracle pour ce grand malade. Un régime sévère s'impose. A son chevet se relaient médecins et économistes". Cette phrase significative ouvre sous le titre "Concilier l'inconciliable" une série d'articles qui méritent d'être lus, in *Autrement*, 109, 1989, p. 49-83.

Anne Bamberg

à Strasbourg, le 13 décembre 1989, dans le cadre de
l'école nationale de la santé publique : *Hôpital-Plus*.
Programme de management hospitalier