

## THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

*Présentée et soutenue publiquement le Mardi 3 février 2015 par*

**Simon LATAPIE**

# **JOSEPH-DUCUING-VARSOVIE : UN HÔPITAL MILITANT, RÉSISTANT, HUMANISTE ET INNOVANT.**

*Comment l'éthique et les valeurs de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, transmises de  
génération en génération depuis l'époque des Fondateurs, ont-elles conféré à cet Hôpital  
une place originale dans le paysage hospitalier toulousain, depuis sa création  
il y a soixante-dix ans ?*

**DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Marc UZAN**

**JURY :**

**Professeur Philippe ARLET, Président**

**Professeur Louis LARENG, Assesseur**

**Professeur Pierre MESTHE, Assesseur**

**Docteur Serge BISMUTH, Assesseur**

**Docteur Marc UZAN, Assesseur**

**Docteur Stéphane ACZEL, Membre invité**

**Docteur Francis GACHES, Membre invité**

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FORTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

**M.C.U.**

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## Remerciements aux membres du jury

### **A Monsieur le Professeur Philippe ARLET.**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, après m'avoir conforté dans le choix de l'Histoire de la Médecine. Soyez assuré de tout mon respect et de ma plus haute considération.

### **A Monsieur le Professeur Louis LARENG.**

Vous me faites le très grand honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect, de mon admiration sincère et, si vous le permettez, de mon amitié pyrénéenne...

### **A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE.**

Je suis honoré de votre présence dans mon jury. Je vous remercie pour l'attention que vous avez portée à ce travail et pour la disponibilité qui a été la vôtre à mon égard, au cours de ma formation. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de toute ma reconnaissance.

### **A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH.**

Je vous remercie de m'avoir encouragé en manifestant de l'intérêt pour ce travail et d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Marc UZAN.**

Je vous remercie infiniment d'avoir dirigé ma thèse. Ce fut un plaisir de travailler avec vous. Merci pour vos conseils avisés, votre patience, votre disponibilité et votre aide précieuse. Soyez assuré de toute mon estime et de ma profonde reconnaissance.

### **A Monsieur le Docteur Stéphane ACZEL.**

Je vous remercie vivement pour votre précieuse contribution à mon travail de thèse. J'ai particulièrement apprécié votre érudition, votre sagesse et votre enthousiasme. Soyez assuré de mon respect et de ma profonde gratitude.

### **A Monsieur le Docteur Francis GACHES.**

Je vous remercie chaleureusement de m'avoir aidé dans ce travail à travers vos témoignages. Je n'oublierai jamais ni votre accueil, ni votre exemple, qui ont été à l'origine de ce projet. Soyez assuré de mon amical respect et de toute ma reconnaissance.

## Remerciements personnels

Pour Amélie Cluzet et Olivier Puyo, mes chers amis médecins, trop tôt disparus. Il y aura toujours une place pour vous, dans un coin de ma tête, lors de mes balades en montagne, dans mes voyages, proches ou lointains. J'ai une pensée émue pour vos familles.

Cette Thèse est également dédiée à tous les Résistants, espagnols et français en particulier, ainsi qu'à tous ceux qui se sont battus et qui se battent encore pour la Liberté, la solidarité, la tolérance et la Démocratie à travers le monde. Parmi toutes ces femmes, tous ces hommes, beaucoup ont perdu leur vie. N'oublions jamais, ni ces personnes, ni les valeurs qu'ils défendent.

En lien avec l'histoire de *Varsovie*, j'ai une pensée empreinte d'émotion pour les déracinés qui ont connu souffrance et détresse, et pour ceux qui ont consacré leur vie à les secourir.

Je remercie vivement celles et ceux qui m'ont donné de leur temps et m'ont confié leurs précieux témoignages : Stéphane Aczel, Sophie Ancellin, Michelle Antonucci, Jacques Barsony, Jean Casanova, Jacques Cauquil, Francis Gaches, Daniel Garipuy, Gérard Giordano, David Gonzalvo, Laure Jonca, Philippe Loup, Thierry Marmet, Christophe Paulo, Amandine Peyron, Nadine Quehan, Alain Radigales, Michel Roumy, Francis Saint-Dizier, Marc Uzan, et les infirmières anonymes. Parmi eux, en plus de ceux siégeant au jury, je tiens à exprimer ma gratitude et toute ma sympathie à l'égard d'Alain Radigales, de Thierry Marmet, de Jean Casanova, de Nadine Quehan et d'Amandine Peyron, particulièrement impliqués et enthousiastes vis-à-vis de ce travail. Merci pour vos encouragements, vos conseils et votre aide précieuse. Toute ma gratitude va également à Janine Carraux-Garipuy, Dolores Villar-Basanta, Alvar Martínez Vidal et Jeanne Saint-Saëns Gaillot, dont les travaux m'ont été précieux. Je remercie aussi Stéphanie Chiaramello pour sa disponibilité, M. Lucido pour son efficacité, Mme Belestin et les autres secrétaires pour leur aide. Je salue ceux dont on parle moins : les agents d'entretien, les cuisiniers, les techniciens... Je remercie les patients qui ont participé à mon enquête. Je prie les personnes que je n'aurai pas pu interroger pour diverses raisons, et dont les témoignages auraient enrichi davantage ce travail, de bien vouloir m'excuser.

A ma mère, Dany, à mon père, Michel : je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien, votre patience durant toutes ces années d'études, ainsi que pour tout l'amour que j'ai reçu de vous. Recevez toute mon affection et ma gratitude.

A mon frère, Nicolas : il a été facile et agréable de grandir sous ton aile protectrice. Unis comme l'index et le majeur à jamais... J'associe également dans mon affection Mili et mon

filleul Matthieu.

A mes grand-parents Roger, Jeannette, René et Sylvine, qui m'ont appris à lire, à aimer la nature et les choses simples. A Régine, Paul, Simone, à Hélène, ma marraine, à Jean-Claude, mon parrain et Evelyne, à Isabelle, Betty, Louis, Éric. A Raoul, Marie, Jacqueline et Georges et toute ma famille.

A tous mes amis : nos années étudiantes et nos débuts professionnels ont espacé nos rencontres, mais c'est toujours un plaisir de vous retrouver !

Je tiens à rendre hommage à mes professeurs du primaire et du secondaire, dont certains ont beaucoup compté : Céline Salasc, Palmira Alcazar, Marie-Laure Hee et Vincent Vignaga.

Ma vision de la Médecine vient de mon éducation et de la formation initiale reçue de la Faculté de Médecine de Toulouse-Rangueil, dont je tiens à souligner la qualité. Je souhaite rendre hommage à tous ceux qui m'ont accompagné durant mon cursus. Les médecins, en particulier le Docteur Jean-Pierre Maupomé, probablement à l'origine de ma "vocation", et qui a su patienter pour me transmettre le relais – au passage je salue mes associés, les Dr Bergianti, Cadix, Thore, Myriam et Martine – ; je pense aussi aux Docteurs Quentin, Rigal, Péré, Thomas et Thiesse... Les sages-femmes, infirmières, aides-soignantes... J'inclus, au milieu de cette multitude, celles et ceux que j'ai eu la chance de côtoyer, hier et aujourd'hui, à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie. Je n'oublierai pas leur accueil bienveillant, leur savoir-faire, leur savoir-être.

J'ai une pensée émue pour tous les patients que j'ai rencontrés jusqu'à présent, en particulier pour Taliha Kaya. Avec eux, j'ai partagé des moments graves ou plus légers, de joie, parfois de désarroi ou de profonde tristesse. Il m'a été donné de les accompagner sur une courte période de leur vie. Ces enfants, ces femmes, ces hommes malades auront contribué à modeler, peu à peu, le médecin que je suis devenu. Je ne les oublie pas.

## **Citations**

« Un peuple qui oublie son passé se condamne à le revivre », Winston Churchill

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme », François Rabelais

« Résister est un verbe qui se conjugue au présent », Lucie Aubrac

« Liberté, Égalité, Fraternité [et Tolérance] », Marianne

« Prenez le relais, indignez-vous ! », Stéphane Hessel

## Table des matières

<b>I – Introduction</b> .....	p. 10
<b>II – Quelques repères pour la réflexion</b> .....	p. 13
A – Le rôle de l'Éthique en Médecine (Annexe 1, p. 185).....	p. 13
B – Santé publique : organisation, fonctionnement des hôpitaux et des systèmes de santé (Annexe 2, p. 190).....	p. 13
<b>III – Les pionniers dans les turbulences des Trente Glorieuses</b> .....	p. 14
A – Au commencement, il y a la Guerre d'Espagne (Annexe 3.1, p. 203).....	p. 14
B – La <i>Retirada</i> , l'exil (Annexe 3.2, p. 208).....	p. 14
C – La Seconde Guerre mondiale : Occupation et Résistance (Annexe 3.3, p. 209).....	p. 14
D – Libération et rêve de reconquête : 1944, fondation de l' <i>Hospital Varsovia</i> .....	p. 14
E – 1945 – 1950 : les Pères Fondateurs d'un Hôpital de combat.....	p. 17
F – Boléro-Paprika : les Espagnols débarqués.....	p. 27
G – Période de 1950 à 1955 : le relais de l'équipe française dans la Guerre froide.....	p. 31
H – Période de 1955 à 1976 : modernisation et participation au Service Public.....	p. 35
<b>IV – Maintenir le cap dans de nouveaux horizons</b> .....	p. 44
A – 1976 – 1983 : questions d'orientations (contient Annexe 4, p. 212).....	p. 44
B – Période de 1983 à 1990 : ébullition scientifique et intellectuelle.....	p. 52
C – 1990 – 2000 : reconstruction complète d'un Hôpital menacé de fermeture ! .....	p. 70
D – 2000 – 2010 : un établissement reconnu, l'état d'esprit maintenu ? .....	p. 117
(contient Annexe 5, p. 214).	
<b>V – Joseph-Ducuing-Varsovie : son éthique, ses valeurs</b> .....	p. 161
A – Ambiance générale au sein de l'établissement, relations entre collègues.....	p. 161
(Annexe 6.1, p. 222).	
B – Les relations avec les patients (Annexe 6.2, p. 227).....	p. 161
C – Les valeurs incarnées par cet Hôpital (Annexe 6.3, p. 231).....	p. 161
D – Singularité de l'HJDV par rapport aux autres établissements (Annexe 6.4, p. 237).....	p. 161
E – Solutions pour préserver l'éthique et l'esprit des Fondateurs (Annexe 6.5, p. 239).....	p. 161
F – Résumé sur les valeurs, l'état d'esprit et l'éthique de Joseph-Ducuing-Varsovie.....	p. 161
<b>VI – Réflexions et synthèses en vue de la conclusion</b> .....	p. 168
<b>VII – Conclusion et perspectives d'avenir</b> .....	p. 179
<b>VIII – Bibliographie et sources utilisées</b> .....	p. 182
<i>Annexes</i> .....	p. 185

## **I – Introduction**

Pourquoi avoir choisi de traiter de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie (HJDV) pour mon travail de Thèse ? Voilà la première question qui me revient souvent et que vous vous posez peut-être. Lors de ma formation pratique, dans l'agglomération toulousaine, puis en Midi-Pyrénées, j'ai progressivement découvert le système hospitalier. Au milieu de ce cursus, j'ai eu la chance et le bonheur, j'en suis conscient, de faire une belle et heureuse rencontre : celle d'un personnel passionné, engagé, au sein d'un Hôpital peu banal, caractérisé par une forte personnalité et une profonde originalité. Les retours entre externes et internes sur la qualité du stage à Joseph-Ducuing, étaient excellents. Sur conseil d'une amie, j'ai choisi de réaliser l'un de mes stages d'externat, en quatrième année, dans le service de Médecine Polyvalente du Docteur Marc Uzan. Son confrère, le Docteur Francis Gaches, nous encadrait.

En entrant dans cet hôpital, j'ai tout de suite été baigné dans une ambiance que je qualifierai de chaleureuse, presque familiale. Une atmosphère bienveillante se dégageait des nombreuses personnes rencontrées. Il y régnait un esprit de dispensaire, mais avec une formation et des moyens modernes. Je parle de dispensaire parce que, pour le service de Médecine, la volonté de rester généraliste était assez marquée, et ce malgré l'air du temps qui poussait vers l'hyper-spécialisation, qui plus est dans une ville hospitalo-universitaire. En comparaison justement avec le Centre Hospitalier Universitaire, véritablement tentaculaire, je trouvais que cet Hôpital était à "taille humaine". Cela facilitait naturellement une bonne communication entre les services. Les corps médical et paramédical paraissaient fonctionner et travailler en bonne entente en vue d'un intérêt unique : celui des patients. Tout le monde ou presque semblait se connaître, j'avais le sentiment que l'on pouvait s'y intégrer facilement et assez rapidement pour peu que l'on en ait envie, et que l'on soit globalement sur la même longueur d'onde. Il n'y a aucune volonté pour ma part de dessiner les traits d'un monde hospitalier idéal, presque idyllique : tout n'y était pas parfait. Cependant, je peux dire qu'il existait un réel enthousiasme du personnel travaillant dans un esprit véritablement confraternel. Il régnait une exigence d'excellence, de rigueur et de sérieux qui nous ont d'ailleurs été rappelées dès le départ. Les étudiants comme moi étaient considérés comme tels : il nous fallait travailler notre interrogatoire, notre examen clinique au lit des malades et compléter nos connaissances par des recherches bibliographiques. Nous étions invités à travailler sur des cas cliniques présentés chaque semaine, qui entraînaient des réflexions sur des sujets simples ou complexes, dans le champ médical, médico-social ou éthique.

Pour moi, ce qui résumait au mieux la "philosophie" de l'Hôpital était la notion de prise en charge globale des personnes malades. Les patients avaient l'air au moins aussi attachés à l'établissement qu'aux médecins, même s'ils leur témoignaient volontiers leur gratitude et reconnaissaient leurs compétences. Sans vouloir plaisanter sur ce sujet qui reste grave, je me demandais si certains n'étaient pas quelque part apaisés d'être soignés là.

Enfin, il y avait le volet Médecine Sociale, qui est une partie intégrante de cet Hôpital. Cela entraînait en résonance avec ma conception première de la Médecine : être au service exclusif des patients, de tous les patients. Un idéal, confronté aux craintes que je commençais à ressentir sur l'évolution d'une certaine médecine, plus commerciale. Cette tendance ou bien celle de la recherche d'une rentabilité extrême, faisant fi de la qualité des soins et des rapports humains, risquerait de déshumaniser cette discipline, située quelque part entre la Science et l'Art : une Médecine fondée sur des preuves solides, scientifiquement établies, dont l'Art consisterait à adapter son discours et la prise en charge thérapeutique à chaque personne soignée, afin d'obtenir une efficacité optimale.

Voilà les raisons pour lesquelles je me retrouvais totalement en phase avec l'esprit qui semblait régner dans cette institution. Malgré mon court passage à Joseph-Ducuing (deux mois, entre 2008 et 2009), j'ai été et je reste profondément marqué par cette expérience enrichissante, tant sur le plan professionnel qu'humain. J'ai voulu comprendre ce qui s'était passé dans cet Hôpital et ce qui s'y passe encore aujourd'hui.

Pour revenir au sujet de notre travail, une partie nous a beaucoup occupés avec le Docteur Uzan, mon directeur de thèse. Il s'agit du point de départ de notre collaboration : les valeurs partagées par les salariés de Joseph-Ducuing-Varsovie, qui se traduisent par une ambiance singulière entre collègues, par une attitude de soins, bref, par une éthique propre à cet établissement ; éthique dont l'héritage, lointain, remonte à la Guerre d'Espagne. Nous nous demandions ce qui caractérisait cette éthique et surtout si l'état d'esprit, qui animait les Pères Fondateurs de *Varsovie* s'était transmis, de génération en génération, à travers les époques. Ainsi, l'objet de cette thèse traite d'un hôpital toulousain, de taille modeste, fondé par les Républicains espagnols, réfugiés politiques du régime franquiste. Cet établissement a été, et souhaite rester, un hôpital général, dans un contexte particulier : il se situe en plein cœur de la ville rose, quatrième de France, importante ville universitaire et technopole dynamique. Sur le plan hospitalier, dans le cadre de sa participation au Service Public, l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie (l'HJDV) ne pèse presque rien à côté du grand-frère, le CHU (Purpan et Rangueil). Dans le cadre de son emplacement en centre-ville, comme hôpital de quartier, il est soumis à la concurrence de certaines cliniques privées à but commercial, qui se voient parfois dans l'obligation de se regrouper pour survivre. A maintes reprises il a été menacé de fermeture.

Grâce, d'une part, au travail obstiné de ses salariés, professionnels de santé ou administratifs, et d'autre part, à la vigilance sans faille des bénévoles de l'Association des Amis de la Médecine Sociale qui préside son Conseil d'Administration, cet Hôpital, à l'histoire tout à fait singulière, a su évoluer depuis sa création. Le défi auquel l'Hôpital se trouve aujourd'hui confronté est celui de poursuivre dans cette voie, en continuant à innover, à se transformer, à s'adapter à son environnement, le tout dans un contexte économique pour le moins difficile. Les règles actuelles qui contraignent les structures hospitalières défavorisent particulièrement celles qui sont attachées à des valeurs humanistes, ou qui défendent la Médecine Sociale. S'il n'est pas interdit de s'opposer de manière appuyée, de dénoncer les dangers qui menacent, pour autant, les personnels des établissements hospitaliers n'ont d'autre choix, aujourd'hui, que de se soumettre aux concepts de rentabilité et d'efficacité, propres au milieu industriel, qui s'adaptent si mal à des métiers où la relation humaine doit avoir toute sa place.

Cette thèse traite de questions éthiques, de Santé publique et de politiques de Santé, d'évolution de la société française et de progrès scientifiques et médicaux, en général, et au sein de l'Hôpital Joseph-Ducuing, en particulier, au cours des soixante-dix dernières années.

Il existait certainement plusieurs manières de traiter un tel sujet. Nous avons pris le parti de naviguer en eaux profondes, en plongeant assez souvent et en remontant à la surface de temps à autres. Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes appuyés, bien entendu, sur des sources bibliographiques ; il a ensuite fallu faire des recherches aux archives de l'Hôpital pour continuer à extraire les faits les plus marquants, notamment pour la période la plus récente (trente dernières années). Cela a abouti à une sorte de trame chronologique sur laquelle sont venus se greffer les témoignages des personnels soignants ou administratifs, actifs ou retraités de l'HJDV, réalisés entre le 28 novembre 2013 et le 28 novembre 2014.

La question principale est posée dans la problématique mais, tout au long de l'exposé, nous tenterons de répondre également à celles-ci : Quelle est la place de l'HJDV dans le paysage hospitalier toulousain, depuis sa création, il y a soixante-dix ans ? Comment a-t-il réussi à justifier sa place, son rôle ? Qu'apporte-t-il de différent ? Quelle est son originalité ? Quelle est son image de marque ? Qu'est-ce qui fonde son existence et sa légitimité d'hôpital général MCO de proximité, dans une grande ville hospitalo-universitaire, dotée d'un fort secteur privé ? L'éthique qui animait l'esprit des fondateurs de cet Hôpital a-t-elle réussi à perdurer, à travers les différentes périodes, malgré les nombreux obstacles rencontrés, qui ont jalonné son évolution ? Et si oui, comment ? Enfin, comment envisager l'avenir ?

Bien entendu j'ai mes propres idées, mes valeurs et mes opinions personnelles, sur le plan social et économique, bref, sur le plan politique. Ceci étant dit, je tiens à signaler que je

n'ai de lien direct avec aucune organisation politique (ce n'est pas une thèse partisane), syndicale ou apparentée, pas plus que je n'ai de conflit d'intérêts. Cela ne m'empêchera pas de délivrer, ici ou là, au fur et à mesure, des idées qui me seront propres et n'engageront que moi, en tant que citoyen ou médecin, et pourront tout à fait être débattues.

« Je souhaite à chacun d'entre vous d'avoir votre motif d'indignation. C'est précieux. Quand quelque chose vous indigne, [...], on devient militant, fort et engagé. On rejoint le courant de l'Histoire et le grand courant de l'Histoire doit se poursuivre grâce à chacun », Stéphane Hessel.

## **II – Quelques repères pour la réflexion**

Avant de nous plonger directement dans le vif du sujet, je vous propose – chacun fera ce qu'il voudra et rien ne vous empêche de passer ces parties pour y revenir ponctuellement plus tard – de nous attarder quelque peu sur deux thèmes importants pour la suite, qui seront de simples rappels pour les initiés ou bien des repères qui serviront de points d'ancrage pour les autres. Nous parlerons du rôle de l'Éthique en Médecine dans un premier temps, puis de Santé publique, dans ses aspects d'organisation, de fonctionnement des hôpitaux et des systèmes de santé. Ces deux thèmes ne s'écartent pas tant que cela du sujet ; vous pourrez le constater.

### **A – Le rôle de l'Éthique en médecine.**

(cf. Annexe 1, portant le même titre, p. 185).

### **B – Santé publique : organisation, fonctionnement des hôpitaux et des systèmes de santé.**

(cf. Annexe 2, portant le même titre, p. 190).

### **III – Les pionniers dans les turbulences des Trente Glorieuses**

Après toutes ces considérations, entrons au cœur de la chronologie historique de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie. Vous comprendrez pourquoi les parties sur l'Éthique et la Santé publique étaient indispensables pour illustrer les vicissitudes de la vie de cet Hôpital. Remontons d'abord aux origines, qu'il faut aller chercher de l'autre côté des Pyrénées...

#### **A – Au commencement, il y a la Guerre d'Espagne...**

(cf. Annexe 3.1, portant le même titre, p. 203).

#### **B – La Retirada, l'exil.**

(cf. Annexe 3. 2, portant le même titre, p. 208).

#### **C – La Seconde Guerre mondiale : Occupation et Résistance.**

(cf. Annexe 3.3, portant le même titre, p. 209).

#### **D – Libération et rêve de reconquête : 1944, fondation de l'*Hospital Varsovia*.**

Dans l'euphorie de la Libération de la France et de l'Europe, il semble naturel que les exilés espagnols rêvent d'abattre la dictature de Franco et de retrouver leur pays. L'opération *Reconquista* est structurée par l'*Unión Nacional Española*, seule structure de lutte organisée contre le nazisme et le fascisme<sup>1</sup>. Elle consiste à pénétrer en Espagne par le Val d'Aran en s'appuyant sur un soulèvement intérieur.

On espère un soutien international mais la campagne d'Allemagne, qui s'achève le 8 mai avec la capitulation du Troisième Reich, ne débute qu'en février 1945... L'organisation de l'invasion à partir d'un territoire étranger garde un caractère exceptionnel mais le débarquement de Normandie avait bien été préparé sur le sol britannique. Et, par ailleurs, le Gouvernement Provisoire de la République Française n'a pas forcément la volonté politique ni les moyens d'interdire l'opération : certes, la libération de Paris a eu lieu – les Espagnols de *la Nueve* s'y sont d'ailleurs illustrés – mais la poche allemande de Royan ne se rend qu'en avril 1945 et il faut avant tout reconstruire la légitimité de l'État.

Jesús Monzón, un des dirigeants du Parti Communiste Espagnol, essaie d'organiser la guérilla en Catalogne, en Aragon et au Pays Basque à partir de la France. Entre 4 000 et 7 000 *guerrilleros* participent à l'attaque sur toute la frontière, la percée stratégique devant s'effectuer

1 Geneviève DREYFUS-ARMAND : *Exil des Républicains espagnols en France* ; (Albin Michel, Paris, 1999).

dans le Val d'Aran. Mais une armée de 50 000 hommes les y attend : depuis la *Retirada*, jamais l'idée de *Reconquista* n'avait été abandonnée dans le camp républicain et, depuis le mois d'août au moins, les journaux et les tracts de l'*Unión Nacional Española (UNE)* ne font pas mystère de la volonté de passer à l'acte ; les services de renseignement de Franco semblent en avoir été informés et des fortifications ont été édifiées<sup>2</sup>... Le 3 octobre 1944, un premier groupe parvient à Roncevaux<sup>3</sup> ; d'autres incursions visent ensuite la Navarre, l'Aragon et la Catalogne mais l'armée franquiste reçoit des renforts. Le 12 octobre 1944, à Radio Toulouse, le général de division républicain José Riquelme lance un appel en castillan aux soldats de Franco pour qu'ils rallient la République<sup>4</sup>. Le 19 octobre, la 204<sup>e</sup> division des FFI-UNE, *Agrupación de Guerrilleros Españoles*, commandée par le colonel Vicente López Tovar, entre dans le Val d'Aran<sup>5</sup>. Dans le bas de la vallée, les Républicains remportent des succès ; mais, dans le haut, l'armée franquiste et la Garde civile résistent mieux. La neige précoce et le froid gênent les assaillants qui, de plus, ne disposent pas d'armement lourd. Vielha ne peut être prise, pas plus que le port de la Bonaigua, par où d'autres troupes viennent encore renforcer l'armée franquiste. Devant une telle supériorité, le soulèvement populaire espéré avorte et, menacée d'encerclement, l'armée républicaine n'a plus d'autre solution que de battre en retraite et de repasser en France : Santiago Carillo – futur secrétaire général du PCE (Parti Communiste Espagnol) – en prend la décision le 27 octobre<sup>6</sup>. Des maquis seront encore organisés en Espagne pendant plusieurs années mais l'opération *Reconquista* reste un échec trouvant peu d'écho dans la presse. La lutte fait de nombreuses victimes : plusieurs centaines de morts et blessés pour les deux camps (mais les données officielles, de sources franquiste et républicaine, sont très divergentes) ; sans parler de la question des prisonniers qui devient un problème diplomatique...

Au cours de l'opération, vingt-cinq médecins et infirmières de l'*Agrupación de Guerrilleros Españoles* FFI de Toulouse<sup>7</sup> organisent des hôpitaux de campagne côté français, d'abord à proximité (Ax-les-Thermes, Auzat, Saint-Girons, Foix...) ; puis, grâce à l'accord d'Henri Dupont, secrétaire du Parti Communiste Français de Toulouse, et de Pierre Bertaux, commissaire de la République française, ils fondent, plus à l'arrière, l'*Hospital Varsovia*, dans un petit château – une "folie" du XIX<sup>e</sup> siècle – du quartier Saint-Cyprien, au 15 de la rue de Varsovie (le languedocien "*versa vin*" est devenu "Varsovie"), à Toulouse. Ce bâtiment, occupé

---

2 Dolores VILLAR-BASANTA : *L'Hôpital Varsovie, 1944-1950*, mémoire de D.E.A., Etudes ibériques ; (Université du Mirail, Toulouse, 1997). p. 20.

3 Juan Carlos JIMÉNEZ DE ABERASTURI GORTA : *Cronología de historia contemporánea del País Vasco* ; (Txertoa, San Sebastián, 2001).

4 Martí GARCIA-RIPOLL DURAN, Cinto NIQUI ESPINOSA : *La Ràdio en català a l'estranger* ; (Universitat Autònoma de Barcelona, 2007).

5 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 17, 105 à 108.

6 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 17 à 19.

7 F. GUERRA : *La Medicina en el exilio republicano* ; (Universidad de Alcalá de Henares, 2003). p. 204.

quelques mois plus tôt par les Allemands, était en mauvais état. Réquisitionné par l'état-major des FFI au profit de l'*Agrupación de Guerrilleros Españoles* – plus tard loué à son propriétaire Henri Maigné – il est sommairement restauré par les exilés et l'ensemble de la communauté espagnole, soutenus principalement par le PCE. L'association *Solidaridad Española* – créée en 1940 pour porter assistance aux familles des réfugiés, avec trois objectifs : entraide matérielle et morale, protection juridique des membres, gratuité des soins médicaux aux nécessiteux – est la plus active ; elle se veut sans appartenance politique, mais ses membres sont souvent communistes ou sympathisants<sup>8</sup>. Les premiers entrants sont admis entre le 17 et le 26 octobre 1944<sup>9</sup>. Alfonso Legaz Blaga inaugure le Livre registre de malades<sup>10</sup>.

Ces patients sont des *guerrilleros* blessés par balles mais parfois aussi soignés pour des affections sans liens directs avec les combats : bronchites chroniques, gelures, néphrites ou tuberculoses, et même rhumatismes... L'immense majorité des deux cents admissions concerne des hommes nés en Espagne ; quelques exceptions, toutefois : une dizaine de naissances hors péninsule et quelques femmes pour "analyses cliniques"<sup>11</sup>. L'échec de la *Reconquista* aurait pu entraîner la fermeture de cet Hôpital, conçu comme provisoire. Mais ce quartier populaire de Toulouse – véritable capitale, en France, des Républicains espagnols – regroupe une communauté nombreuse d'exilés qui, si elle s'intègre avec courage et dignité, reste quand même en souffrance. Au-delà de la ville, les Espagnols sont présents dans toute la région. Il y a les exilés économiques de l'entre-deux-guerres, ceux de la *Retirada*, mais aussi les survivants qui ont vécu l'enfer concentrationnaire et les clandestins qui fuient les répressions franquistes. Toute une population qui vit dans la précarité, des individus qui souffrent de solitude puisque la dispersion a fragmenté les familles et détruit les repères. Or la Convention internationale de 1933, appliquée par la France dans le cadre de la loi Billoux, permet aux médecins étrangers de soigner exclusivement leurs compatriotes dans le cadre d'institutions de bienfaisance. Cela permet à la Croix-Rouge Républicaine Espagnole de renaître, et à l'Hospital Varsovia de survivre en se transformant en hôpital civil.

La première fois que Monsieur Radigales a entendu parler de cet établissement, c'est dans le cadre de sa famille. Il rapporte : « Je suis fils de Républicain espagnol : mon père était réfugié ; évadé de la base sous-marine de Bordeaux, il s'est ensuite engagé dans les bataillons FFI Républicains espagnols à Paris, pour ensuite reprendre le chemin de la *Reconquista*. Ils furent bloqués, avant de se faire tirer comme des lapins, sa colonne ayant été arrêtée avant le Val d'Aran. Il n'a pas connu directement l'Hôpital au moment de sa création, mais peu de temps après, ma grand-mère et ma tante furent hospitalisées à l'*Hospital Varsovia* ; nos conditions de

8 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 33.

9 Janine CARRAUX-GARIPUY : *L'Hôpital Joseph-Ducuing et son projet : histoire, réalité et image d'aujourd'hui*, thèse de doctorat d'État en Médecine ; (Université Paul-Sabatier, Toulouse, 1987). p. 7.

10 *Livre registre de malades*, 1944-1945 ; (Archives de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse).

11 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 45.

vie étaient précaires, si bien qu'elles souffraient de pneumopathies. Ce furent parmi les premières femmes hospitalisées en tant que civiles. Alors pour moi, avec ma vision d'enfant, cet Hôpital était un lieu de soins pour cette communauté espagnole, la mienne<sup>12</sup> ».

Les besoins, à Toulouse, sont alors criants. La population ne dispose en effet que de deux hôpitaux – situés dans le même faubourg Saint-Cyprien –, La Grave et l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques. Le nouvel Hôpital Purpan – plus excentré, mais toujours sur la même rive gauche de la Garonne – avait commencé à fonctionner durant la Première Guerre mondiale, mais l'inauguration officielle n'avait eu lieu qu'en 1940 ; il était réservé jusqu'en février 1946 aux militaires. *L'Hospital Varsovia* répond donc à une nécessité. La première femme est hospitalisée en juin 1945. Parmi les hospitalisés, seule une minorité dispose d'un domicile fixe ; beaucoup travaillent dans l'exploitation forestière Vallador<sup>13</sup>. Tout le personnel (médecins, infirmières et infirmiers, administratifs) est d'origine espagnole, le plus souvent catalane ; il se montre efficace malgré la faiblesse des moyens. Et, au-delà des soins, l'établissement se veut « un foyer plus qu'un centre hospitalier, où les réfugiés peuvent retrouver l'ambiance de la patrie perdue »<sup>14</sup>...

Les premiers secours en matériel et médicaments viennent de l'armée (Hôpital Larrey) et de la Résistance. Puis, comme ailleurs en Europe, l'établissement est tributaire de l'aide caritative étrangère. Les dons viennent des pays de l'Est (Tchécoslovaquie, Pologne), d'Europe de l'Ouest (Norvège, Royaume-Uni, Suisse) et, surtout, d'Amérique (Nord et Sud). Les institutions donatrices comptent souvent parmi leurs membres des Républicains espagnols exilés... Des capitaux, des médicaments, le matériel médical et les objets de première nécessité proviennent essentiellement du *Joint Anti-Fascist Refugee Committee* (États-Unis, Canada), dirigé par le Docteur Edward Barsky. Ils sont distribués par l'*Unitarian Service Committee* – les unitariens sont des protestants humanistes –, dont le siège est à Boston, et la principale antenne à Lisbonne. Son directeur en Europe, très actif, est Noel Field ; son épouse, Herta Tempì, dirige l'agence de Paris. Le nom du docteur Walter B. Cannon, physiologiste américain, un humaniste membre des deux comités (décédé en 1945), est d'ailleurs accolé, de 1946 à 1949, à celui de *L'Hospital Varsovia*. Il est vrai que la guerre civile espagnole avait mobilisé 3000 volontaires des États-Unis dans les Brigades Internationales et, au-delà, des milliers d'Américains, au sein de centaines d'organisations, pour une aide humanitaire. La générosité est stimulée par la presse : *Life* publie des photographies de Robert Capa...

### **E – 1945 – 1950 : les Pères Fondateurs d'un Hôpital de combat.**

Dès sa naissance, l'Hôpital fait preuve d'un esprit et d'une pratique modernes. Au-delà

---

12 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars, à Toulouse.

13 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 47.

14 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 2.

des soins médicaux, il organise la formation du personnel, développe des projets de recherche scientifique et des campagnes sanitaires. Une bibliothèque et une revue trimestrielle, *Anales del Hospital Varsovia - Walter B. Cannon*, dont neuf numéros sont publiés, de juillet 1948 à juillet 1950 témoignent également de cette volonté de progrès.

Chaque numéro, imprimé à Toulouse chez Loubet, compte entre vingt et trente-deux pages, structurées selon de grands chapitres : éditorial, revue des livres, entretiens cliniques, nos amis, activité de et activité médicale en France. Quelques photographies, des graphiques, illustrent les articles, rédigés en castillan – avec un résumé en français à partir du numéro 3 – et des encarts publicitaires participent à son financement. L'éditorial du premier numéro de la revue évoque les différentes missions de l'Hôpital : « Soigner l'ensemble de l'émigration espagnole dans sa douleur et sa souffrance, rétablir et conserver la santé physique, soutien de la santé morale [...] être source de santé et de force morale inépuisable pour les malades et leur famille ; une école de cadres soignants parmi l'émigration ; être le foyer, la maison de santé pour tous les Républicains espagnols sans discrimination de tendance politique ou de croyance religieuse.<sup>15</sup> » Ces *Anales* ne sont pas, à Toulouse, une nouveauté absolue, puisque deux revues similaires paraissaient au début du siècle ; mais elles avaient disparu dans la Première Guerre mondiale. Elles sont, en revanche, uniques dans les années quarante, inspirées de celles de l'*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, à Barcelone et de l'expérience vécue lors de la Deuxième République. Elles sont un lien entre équipes soignantes, patients et bienfaiteurs de *Varsovie*. Elles constituent pour nous une source essentielle d'informations.

« L'encadrement des soins [...] était confié à un groupe de médecins – sept ou huit –, deux pharmaciens, un kinésithérapeute, deux *practicantes* et des infirmières. »<sup>16</sup> Tous les diplômés de ce personnel ne sont pas forcément reconnus en France et ils ont au départ maille à partir avec l'Ordre des Médecins ; mais la loi Billoux autorise leur pratique et ils reçoivent l'accord du préfet Pelletier. En 1947, l'Hôpital reçoit l'agrément de la Sécurité Sociale. Pour être reconnus, les praticiens s'inscrivent à la Croix Rouge Républicaine Espagnole, dirigée par le Docteur Rafael Vilar Fiol ; cet organisme sert d'ailleurs, ensuite, d'intermédiaire pour les prestations de la Sécurité Sociale. Les médecins sont très mobiles, car les conditions de travail sont difficiles et les salaires symboliques. Par ailleurs, les sensibilités politiques de la communauté espagnole exilée sont multiples et les tentatives des communistes pour prendre le contrôle de l'Hôpital – ils y parviennent en mars 1948 – en découragent aussi certains... En

---

15 *Anales del Hospital Varsovia 1* (juillet 1948) ; p. 3.

16 Álvar MARTÍNEZ VIDAL (coordinateur), Antoni V. ADAM DONAT, Miquel BRUGUERA, Sebastiaan FABER, Jordi GUIXÉ I COROMINES, Empar PONS BARRACHINA et Alfons ZARZOSO : *L'Hôpital Varsovie, exil, médecine et Résistance (1944-1950)*, traduction de Janine CARRAUX-GARIPUY ; (Nouvelles Éditions Loubatières, Portet-sur-Garonne, 2011). p. 15.

avril 1950, par exemple, six médecins disparaissent du conseil éditorial des *Anales*<sup>17</sup> ; l'entrée de Fermín Torralba renforce l'homogénéité politique du conseil qui comprend, outre le directeur et son adjoint, Félix Bermejo et Joaquim Vinyes Espín.

A partir de janvier 1947 – sous la Quatrième République –, l'Amicale des anciens FFI et Résistants espagnols, régie par un décret de 1939 sur les associations étrangères, légalisée en mai 1946, est chargée de la gestion de l'Hôpital Varsovie. Elle devient locataire des locaux<sup>18</sup>.

En six ans, la direction est assurée par quatre médecins : José Miguel Momeñe González, le fondateur (octobre 1944-mars 1945) ; Josep Torrubia Zea, membre du PSUC<sup>19</sup> et commandant des FFI, (mars 1945-septembre 1946) ; Vicente Parra Bordetas, anesthésiste madrilène, ancien de la Résistance française et déporté à Dachau, (septembre 1946-février 1948) ; et Francesc Bosch Fajarnés, secondé par Josep Bonifaci Mora (mars 1948-septembre 1950). Ceux qui démissionnent quittent l'Hôpital<sup>20</sup> : Momeñe disparaît, Torrubia rejoint la Croix Rouge Républicaine Espagnole de Toulouse, Parra émigre vers le Venezuela...

Josep Bonifaci Mora, dernier codirecteur espagnol, est emblématique de l'esprit de *Varsovie*. Ce Catalan, né en 1895, est Docteur de l'Université de Madrid en 1919. Il fonde le Syndicat des médecins de Catalogne. Il exerce comme gastro-entérologue à l'*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, à Barcelone. Il adhère en 1936 au Parti Socialiste Unifié de Catalogne et à l'Union Générale du Travail, centrale syndicale marxiste. A la fin de la guerre civile, il accompagne José Díaz, secrétaire général du Parti Communiste Espagnol, en URSS ; il y exerce durant la Seconde Guerre mondiale. Il se rend à Paris en 1946 avant de rejoindre Toulouse. Après 1950, expulsé de France, il reprend le chemin de l'exil : Tchécoslovaquie, puis Roumanie. Le Docteur Bonifaci est avant tout un humaniste pour qui « l'homme dans sa globalité biologique, matérielle et spirituelle constitue la grande passion.<sup>21</sup> » C'est un intellectuel épris de justice sociale. A la fin d'une vie d'exilé entièrement consacrée à la médecine, il meurt à Barcelone en 1989.

L'équipe médicale se spécialise selon les compétences et les besoins. Les Docteurs Bosch, Bonifaci, Vinyes Espin, Lino Sánchez Portela et Juan Ruiz de Guardia se chargent de médecine générale et de maladies infectieuses. On prend en compte les maladies cardiovasculaires et pulmonaires (Docteur Bosch), la gastro-entérologie (Docteurs Bonifaci et Sánchez Portela), la dermatologie (Docteurs Enrique Rovira et Félix Bermejo), l'otorhinolaryngologie (Docteurs Pere Grau Sunyol et Germain), les soins dentaires (Docteurs Ismael Gómez Carneado et Germain), la gynécologie (Docteur Rovira) et la pédiatrie (Docteur

---

17 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 16.

18 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 60.

19 Témoignage de son fils Sergi TORRUBIA. In Juli ESTEVE et Álvar MARTÍNEZ VIDAL : *La Bataille de Varsovie*, documentaire ; images et montage d'Antoni ARNAU et Esther ALBERT ; (InfoTV, València, 2011).

20 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 16.

21 Entretien de 1979 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 69.

Bermejo). En revanche, pas de service d'obstétrique, ce qui n'exclut pas les accouchements occasionnels. Le Docteur López est anesthésiste. Les Docteurs Josep Torrubia, Tomás Martín Ballano et Vicente Parra pratiquent des interventions chirurgicales couramment. Mais le chirurgien en chef est le Docteur María Gómez Álvarez<sup>22</sup>.

Ce médecin mérite sans doute une attention spéciale. María Gómez Álvarez, fille d'Ismael Gómez, est née en 1914. Elle obtient son doctorat de médecine à l'université de Valladolid à vingt-deux ans. Elle seconde le Docteur Luis Quemada Blanco qui est peut-être le chirurgien républicain le plus actif de la guerre civile. Exilée en France, elle soigne sans relâche dans plusieurs camps de réfugiés. Pendant l'Occupation, elle soutient la Résistance<sup>23</sup>. Elle quitte l'Hôpital Varsovie pour raisons de santé en 1949 – le Docteur Jean Lapeyrère, disciple du Professeur Ducuing, lui succède. Et, en 1958, elle émigre au Venezuela où elle meurt en 1975. Son témoignage est éclairant sur les moyens, l'organisation et les pratiques : « Comme il se devait, nous avons pensé installer un service de chirurgie. Le manque d'instruments et la capacité réduite de l'édifice ont rendu cette nécessité presque illusoire, mais, peu à peu, nous avons pu installer une salle de chirurgie qui, aujourd'hui, n'a rien à envier aux hôpitaux modernes, et nous avons pu y rattacher une équipe chirurgicale composée de compatriotes : une infirmière pour la stérilisation des instruments ; une autre chargée du nettoyage, de l'hygiène des salles et de la mobilisation des malades ; un *practicante* qui, bien qu'il ait à s'occuper du service de médecine, se charge de l'anesthésie ; un médecin assistant et moi-même comme chirurgien qui, en plus des interventions, assure les consultations de chirurgie où sont programmées toutes les analyses nécessaires avant d'opérer les malades. Malheureusement, la capacité réduite de l'Hôpital impose que le service de chirurgie ne dispose que de sept lits pour les femmes et de neuf pour les hommes.<sup>24</sup> »

Ainsi, en 1948, 175 interventions chirurgicales ont été pratiquées, toutes avec succès. Parmi elles, 48 appendicectomies, 36 hernies, 12 reconstructions vaginales et 10 phimosis, mais aussi 7 ablations de l'utérus, deux cancers du sein opérés par la technique de Halstad et une gastrectomie, interventions plus délicates<sup>25</sup>. Pour les quatre premières années, un seul décès postopératoire dû à une pneumonie...

Guillem Viñas Escuder et Pau Cirera Feliu, originaires de Barcelone, sont les pharmaciens de l'Hôpital. Ils ont tous deux le titre de Docteurs de l'Université de Madrid.

L'infirmière Antonia est également une figure connue de *Varsovie*. Et Antonia Martos, une patiente opérée par le Docteur María Gomez, se souvient aussi de Nuri, Castro, Maganto et ajoute, émue : « Nous étions une famille »<sup>26</sup>.

22 F. GUERRA, opus cité ; p. 239.

23 F. GUERRA, opus cité ; p. 204.

24 *Anales del Hospital Varsovia* 3 (janvier 1949), p. 6 ; in Álar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

25 F. GUERRA, opus cité, p. 6.

26 Témoignage d'Antonia MARTOS ; in Juli ESTEVE et Álar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

Pendant cette période, dans une population affaiblie par deux guerres, l'exil, l'Occupation et parfois la déportation, les patients soignés sont dans une grande détresse physique, mais aussi morale, car l'espoir de retour s'estompe... Josep Bonifaci en dresse le portrait : « Les traits dominants sont la malnutrition et l'hypotension, les hypovitaminoses, l'hypocalcémie et assez souvent les troubles hormonaux, surtout thyroïdiens. Très fréquentes aussi les souffrances liées à la colite chronique, la maladie ulcéreuse et les manifestations rhumatismales. Parmi les maladies infectieuses chroniques, il y a d'abord la tuberculose et la mélitococcie (brucellose ou fièvre de Malte) et parmi les maladies vénériennes, la blennorragie [...]. La dénutrition est un phénomène général ; la plupart des malades n'ont pas le poids qu'il faudrait et cela parce qu'ils ne peuvent assurer une diète équilibrée en quantité et en qualité.<sup>27</sup> » Ainsi, l'Hôpital Varsovie, par nécessité mais aussi par éthique, pratique d'abord une médecine sociale... Malgré tout, cette population connaît un début d'intégration : le registre des malades mentionne désormais des cartes de séjour, des adresses, et des personnes à prévenir en cas de nécessité vivant le plus souvent en France.

En 1949, 484 patients sont hospitalisés dont presque un tiers pour la chirurgie ; les autres, le plus souvent pour des affections digestives, le reste pour des problèmes respiratoires, des maladies infectieuses, des troubles circulatoires ou nerveux<sup>28</sup>. L'hospitalisation dure en moyenne 36 jours – trois fois plus qu'aujourd'hui<sup>29</sup> ... Plus de la moitié des hospitalisés viennent de Toulouse ou de la Haute-Garonne, un tiers des départements voisins, les autres d'ailleurs, en France ; mais aussi du Maghreb (cinq)<sup>30</sup>. Ce que les patients, réfugiés républicains espagnols, apprécient à l'Hôpital – outre le fait que, pour eux, les soins sont gratuits<sup>31</sup> –, c'est l'ambiance de cordialité, l'accueil familial, la possibilité de s'exprimer en castillan ou en catalan et... la cuisine d'un chef qui sait utiliser avec habileté les produits fournis par l'intendant Giol ! Mathilde et Manolo Nuñez<sup>32</sup> approvisionnent souvent en fruits et légumes la cantine, en même temps que leur boutique du quartier Saint-Cyprien qui est un lieu de rencontre de ces déracinés... Le journal communiste espagnol *Mundo Obrero*, édité en France, publie trois articles élogieux sur *Varsovie* à l'automne 1949<sup>33</sup>.

Pour faire face à tant de besoins, l'Hôpital ne dispose que d'une cinquantaine de lits répartis en cinq salles. La proportion d'hommes étant écrasante en 1945 (puisqu'il s'agissait à l'origine de soigner les guérilleros), deux lits seulement sont réservés aux femmes. Mais, dès

---

27 *Anales del Hospital Varsovia 1* (juillet 1948), p. 7 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

28 *Anales del Hospital Varsovia 8* (avril 1950), p. 6 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

29 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 20.

30 *Anales del Hospital Varsovia 7* (janvier 1950) ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

31 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 9.

32 Témoignage de Sonia NUÑEZ BOISSIERES, leur fille ; in Juli ESTEVE et Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

33 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 64.

1948, un rééquilibrage s'opère : trois salles pour les hommes, deux pour les femmes<sup>34</sup>.

Les locaux étant exigus, on doit au préalable passer par un dispensaire qui se charge des premiers soins ambulatoires ; en un an (1946, sans doute), 14 692 interventions dans le premier local ! Un deuxième dispensaire, plus grand, installé dans des baraquements municipaux du cours Dillon, grâce à l'appui de l'Amicale des anciens FFI, doit rapidement être organisé ; il reste précaire... Un troisième dispensaire est donc inauguré, le 30 juin 1949, derrière le château.

Écoutons le Docteur Aczel : « A l'époque où les Espagnols étaient en relation avec les services unitariens et avec le *JARC (Joint Anti-Fascist Refugee Committee)*, il y avait la salle Thomas-Addis (le laboratoire), baptisée ainsi en l'honneur de Monsieur Addis, un physiologiste américain, ami de la République espagnole (ce Professeur de l'Université de Stanford présidait la délégation du *Joint Anti-Fascist Refugee Appeal* de San Francisco). [...] Le vieux dispensaire, qui était rue Jean des Pins, avait été construit en dur aux alentours des années 1948-1949, avec une extension en planches totalement assemblées à la main. La grande histoire espagnole a été marquée par la nécessité de se débrouiller avec peu de moyens, à inventer sans arrêt... Beaucoup de choses étaient bricolées avec énormément de bonne volonté, avec l'aide de bénévoles. Ce sont eux qui ont réalisé ce dispensaire en dehors de leurs heures de travail. J'ai le souvenir de ce bâtiment pour y avoir travaillé de 1966 à 1970. Une petite anecdote, à propos de ce dispensaire : sa réalisation avait respecté l'emplacement d'un arbre situé en plein milieu ! A l'intérieur, des planches venaient contre le tronc. L'arbre traversait le bâtiment. On ne coupait pas un arbre.<sup>35</sup> »

Les petits soins (vaccinations, sondages gastriques...) sont assurés dans ce local, mais un équipement complet (pharmacie, rayons X, laboratoire d'analyses, appareils de rayons infrarouges et ultraviolets, électrocardiographie etc.) permet aussi de diagnostiquer et de prendre en charge des maladies diverses. En 1949, 26 529 interventions (consultations, examens radiologiques, séances de kinésithérapie, injections, soins divers...) pour 3 388 patients soignés pour la gale, les affections du nez et des oreilles, du tractus digestif, de l'appareil respiratoire, des dents ou recevant des soins postopératoires<sup>36</sup> !

On entre ensuite, si nécessaire, à l'Hôpital. Toutefois, les malades infectés contagieux, ceux qui sont affectés de maladies mentales chroniques graves et ceux qui relèvent de chirurgie lourde sont réorientés vers les services français ou soignés par des spécialistes – le Professeur Joseph Ducuing, chirurgien en chef des Hôpitaux de Toulouse, et ses confrères – sous forme désintéressée<sup>37</sup>. Les rédacteurs des *Anales* saluent « l'éminent Professeur [...], Dr Ducuing, qui a tant contribué à la fondation de l'Hôpital, [leur] Maître et ami »<sup>38</sup>. De la même manière, avant

34 *Anales del Hospital Varsovia 1* (juillet 1948), p. 5 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

35 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

36 *Anales del Hospital Varsovia 8* (avril 1950), p. 5 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

37 *Anales del Hospital Varsovia 6* (octobre 1949), p. 18 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

38 *Anales del Hospital Varsovia 1* (juillet 1948), p. 15 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

que l'Hôpital ne puisse se doter d'un laboratoire d'analyses biologiques (1949), on a recours aux équipements de La Grave ou de la Faculté de Médecine. Celle-ci entretient d'ailleurs de bonnes relations avec l'Hôpital Varsovie : le Professeur Calvet, son doyen, est présent le 16 septembre 1948, au quatrième anniversaire de sa fondation<sup>39</sup> ; cet événement bénéficie d'ailleurs d'un compte rendu dans la presse locale (*Le Patriote du Sud-Ouest*, le lendemain, et *La République du Sud-Ouest*, le surlendemain)<sup>40</sup>. Au printemps 1950, la *Une des Anales* exprime plus généralement sa reconnaissance aux confrères français<sup>41</sup>.

Tous les jeudis, à la bibliothèque, ont lieu les "entretiens cliniques". Les médecins et pharmaciens évoquent des cas intéressants observés dans les différents services ; parfois, les *practicantes* et les infirmières participent à ces réunions. Il peut arriver que des personnalités extérieures donnent dans ce cadre des conférences. C'est le cas de Carmelo Rico, exilé en Amérique latine, qui présente le 11 février 1949 un exposé intitulé "Impressions sur l'organisation hospitalière au Mexique"<sup>42</sup>. C'est Josep Bonifaci qui initie cette pratique vécue par lui à Barcelone. Ces entretiens ont pour objet de « surmonter le déficit en formation professionnelle accumulé en douze ans de vie hasardeuse et anormale » ; s'exprimant en 1948, il fait allusion à la Guerre d'Espagne et à l'exil. Le but reste modeste : il ne s'agit pas de briller dans le monde scientifique, d'attirer les projecteurs, mais de mieux soigner les patients ; l'initiative n'en est pas moins novatrice... Parmi les publications, on peut remarquer des articles sur un cas de fibrome utérin compliqué<sup>43</sup> (María Gómez Álvarez), sur trois cas de parasitisme intestinal<sup>44</sup> (Josep Bonifaci Mora), sur un cas de rhumatisme d'origine paludéenne<sup>45</sup> (Francesc Bosch), d'asthme associé à l'apparition de la ménopause<sup>46</sup> (Enrique Rovira), d'artérite temporale – maladie de Horton<sup>47</sup> – (Pere Grau).

Dans le cadre de ces entretiens se donnent aussi des cours de perfectionnement pour les *practicantes*, les infirmières et le personnel de service. En décembre 1948, le comptable Fermín Torralba enseigne des notions de culture générale (calcul, géométrie, orthographe, calligraphie, histoire et géographie). A partir de 1949, les médecins Bosch, Rovira et Grau, et les pharmaciens Cirera et Viñas, donnèrent des cours de perfectionnement technique de six mois chacun ; les quinze thèmes abordés recouvraient l'essentiel de la pratique sanitaire spécifique aux soins infirmiers, mais aussi des notions plus générales, comme "les soignants et

---

39 *Anales del Hospital Varsovia* 2 (octobre 1948), p. 1.

40 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 63.

41 *Anales del Hospital Varsovia* 8 (avril 1950), p. 1.

42 *Anales del Hospital Varsovia* 4 (avril 1949), p. 8 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

43 *Anales del Hospital Varsovia* 2 (octobre 1948), p. 5 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

44 *Anales del Hospital Varsovia* 7 (janvier 1950), p. 13 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

45 *Anales del Hospital Varsovia* 7 (janvier 1950), p. 6 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

46 *Anales del Hospital Varsovia* 7 (janvier 1950), p. 11 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

47 *Anales del Hospital Varsovia* 9 (juillet 1950), p. 9 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

le médecin", ou "l'être vivant"<sup>48</sup>.

Un article publié dans les *Anales*<sup>49</sup> par le *practicante* Lluís Felip éclaire le rôle de cet assistant médical pour lequel il n'existe pas de diplôme d'État spécifique. Un *practicante* n'est pas un infirmier ; il a une double mission, scientifique et sociale. Il peut pratiquer des injections, des prises de sang, des analyses, des radiographies ; il peut participer à un accouchement et même prendre en charge une anesthésie générale lors d'une intervention chirurgicale. Mais il aide aussi le personnel à améliorer ses compétences et, sous l'autorité d'un médecin, il « veille sur l'hôpital : rien ni personne n'échappe à sa vigilance constante ».

Dans ce contexte d'urgence et de précarité, dès le printemps 1948, alors que la pénurie est encore générale en Europe et que la plupart des efforts sont concentrés sur l'essentiel, l'Hôpital Varsovie développe des activités de recherche ! A l'initiative, on retrouve encore Josep Bonifaci, le directeur-adjoint. Mais aussi, sans doute, Víctor Viladrich – ancien dirigeant du Syndicat des Médecins de Catalogne – qui, lors de la *Retirada*, avait fait une étude sur l'épidémie de paludisme touchant le Sud de la France<sup>50</sup> ; et Joaquim Vinyes Espín, physiopathologiste dont les travaux sur l'avitaminose, menés à la même époque dans les camps de Saint-Cyprien et du Barcarès, avaient obtenu le prix Pourat de l'académie de Médecine de Paris en 1942<sup>51</sup>. De même, le pharmacien Pau Cirera Feliu mène des recherches sur le diagnostic de la syphilis et publie dans les *Anales de Biologie Clinique*, publication scientifique française. D'ailleurs, d'une manière plus large, dans le contexte de la guerre, les infections sexuellement transmissibles sont fréquentes chez les patients de *Varsovie* et l'Hôpital reçoit des États-Unis de la pénicilline ; les études menées à Toulouse sont transmises à l'USC et contribuent à l'expérimentation de cet antibiotique<sup>52</sup>. Des articles des *Anales* font le point sur les activités médicales de l'Hôpital, mais d'autres concernent aussi la recherche fondamentale, des synthèses diverses, des statistiques, des critiques de livres médicaux fraîchement publiés. On peut aussi lire deux études épidémiologiques faites en externe : une d'Antonio Piñar<sup>53</sup> relative à l'impact de la guerre sur le psychisme de l'enfant, menée à la Maison d'Enfants de Saint-Goin (Basses-Pyrénées) et une autre de Juan Ruiz de la Guardia<sup>54</sup> relative à la silicose des mineurs de Bessèges (Gard), pendant la Seconde Guerre mondiale.

Dans le cadre de la Médecine Sociale, l'Hôpital Varsovie vient au devant d'une

---

48 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 25.

49 *Anales del Hospital Varsovia* 7 (janvier 1950), p. 18 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

50 F. GUERRA, opus cité ; p. 263 et 606.

51 A. ROCA : *Necessitat de la ciència, necessitat de la llibertat* ; in A. MAYAYO et al. : *Nous Horitzons, la nostra utopia. PSUC. 50 anys de la història de Catalunya* ; (Planeta, Barcelone, 1986). p. 69 à 89.

52 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 29.

53 *Anales del Hospital Varsovia* 3 (janvier 1949), p. 1 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

54 *Anales del Hospital Varsovia* 4 (avril 1949), p. 5 ; in Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

population particulièrement vulnérable. Les conditions économiques, les problèmes de nutrition dépassent ses compétences, mais il développe des campagnes sanitaires selon quatre axes. D'abord, la tuberculose, qui reste un fléau majeur. Elle frappe le prolétariat urbain, et particulièrement les exilés espagnols, car son développement est lié à la misère sociale. Le Docteur Bosch, très actif dans ce domaine, propose de privilégier le dépistage, d'isoler les porteurs, de développer des dispensaires ambulatoires et d'informer, d'éduquer les individus et les familles touchés. Selon lui, la vaccination n'est pas prioritaire, car son efficacité n'est pas totale ; elle devient obligatoire, en France, en 1949<sup>55</sup>. Ensuite, la lutte antivénérienne, comme nous l'avons évoqué, se présente comme une priorité pour une population dispersée, mobile, vivant dans la promiscuité. Les Docteurs Josep Bonifaci, Enrique Rovira et Pau Cirera, ici encore, insistent sur la nécessité d'éduquer, de prévenir, de dépister précocement. Mais on se heurte à des questions de morale, de pudeur, de secret, qui permettent aux maladies de se diffuser ; et la loi française de fermeture des maisons closes (avril 1946) n'aide pas la surveillance sanitaire... Or, si le dépistage est difficile, il s'avère primordial, car la thérapeutique (pénicilline, sulfamides, diathermie etc.) reste encore expérimentale<sup>56</sup>. La lutte contre le cancer est, elle aussi, une préoccupation prioritaire. Il faut d'abord éduquer pour dépister précocement. Les *Anales*, qui informent le lecteur populaire en termes simples quant aux premiers symptômes, sont le premier outil. Pour diagnostiquer, le dispensaire et le laboratoire restent l'arme principale. L'Hôpital peut s'appuyer aussi sur le Centre anticancéreux de Toulouse, présidé à l'époque qui nous intéresse par le Professeur Ducuing... Le cancer identifié, il est possible d'extraire chirurgicalement certaines tumeurs, de les traiter par les rayons X ou le radium<sup>57</sup>. Enfin, la lutte contre la mortalité infantile est le domaine du Dr Félix Bermejo. Le rôle de la mère est capital, mais des articles des *Anales* portent sur l'alimentation – l'allaitement maternel étant privilégié –, l'hygiène, décrivent les symptômes de la tuberculose...

Les soins étant "gratuits", comment l'Hôpital se finance-t-il ? Depuis une convention de 1947, il bénéficie d'un soutien de la Sécurité sociale qui vient de naître. Le personnel médical fait preuve d'abnégation et se contente de salaires modestes. Et les associations caritatives étrangères – aux États-Unis principalement – ont su s'adapter aux nouvelles réalités : l'espoir de reconquête s'éloignant, les organisations militantes se sont métamorphosées, d'autres ont pris le relais. Le *Joint Anti-Fascist Refugee Committee* et l'*Unitarian Service Committee*, expression de l'Église unitarienne nord-américaine, assurent la principale ressource au long des temps pionniers. Des célébrités soutiennent ces comités : Albert Einstein, Irène Joliot-Curie (prix Nobel de chimie en 1935, sous-secrétaire d'État du Front Populaire en 1936), Orson Welles,

---

55 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 30.

56 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 31.

57 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 32.

Jean Renoir et Rita Hayworth, Leonard Bernstein et Yehudi Menuhin, Ernest Hemingway, Heinrich et Thomas Mann, Eleanor Roosevelt (l'épouse du Président)...

Monsieur Radigales, avec humour, se souvient : « *Varsovie* était le seul endroit où l'on voyait des thermomètres gradués en Fahrenheit et non en Celsius. Que faisaient-ils là, dans un "hôpital coco" ? Quand on allait au bloc tenir les farabeufs, on tombait sur des boîtes de l'armée américaine ! Dans un "hôpital rouge" !? Il y avait aussi du matériel venant de l'URSS et d'autres pays du monde. On ne comprenait pas. Ce n'est que plus tard que nous avons su »<sup>58</sup>.

L'*USC* n'est pas seul : la municipalité de Toulouse, le Comité international ouvrier, l'Entraide sociale et la Maison du prisonnier épaulent également les Républicains espagnols ; la visite, en avril 1946, du président du gouvernement espagnol en exil, José Giral Pereira, a consacré le caractère emblématique de l'Hôpital Varsovie. Les aides viennent d'Uruguay, du Mexique, de Cuba, des États-Unis, du Canada, de Suisse, d'Écosse, de Tchécoslovaquie... La Centrale Sanitaire Suisse et la municipalité de Zurich, par exemple, donnent sous forme de prêt à usage, en avril 1948, un appareil à rayons X "Polydor"<sup>59</sup>. Les envois concernent des fonds, mais aussi des vêtements, de la nourriture, du matériel.

A côté des grands artistes, des scientifiques et des gens en vue, les humbles défendent aussi leur Hôpital. Des femmes tricotent des couvertures, on offre ses bras et ses compétences bénévolement pour la construction et l'entretien de locaux, des patients donnent selon leurs maigres ressources, comme J. Bazal, de Pons (Charente-Maritime) : « N'ayant pu contribuer à une aide économique correspondant à mes désirs, je vous envoie le montant de ma première journée de travail (500 francs) comme apport à la grande œuvre de l'Hôpital Varsovie où les antifranquistes espagnols sont si bien traités et soignés »<sup>60</sup>.

Le 14 avril 1950, dix-neuvième anniversaire de la proclamation de la République espagnole, un nouveau pavillon est inauguré. La presse de Toulouse – *Le Patriote du Sud-Ouest*, *La République du Sud-Ouest* et *La Dépêche du Midi* – salue unanimement l'esprit et la réussite de l'équipe espagnole de l'Hôpital Varsovie dont c'est pourtant le chant du cygne<sup>61</sup>...

La lecture des *Anales* reflète l'enthousiasme et la fierté des pionniers qui, dans des conditions particulièrement difficiles, avec des moyens précaires, ont réussi à bâtir un hôpital moderne et performant issu d'une riche culture scientifique. Cette même fierté, mêlée à la reconnaissance, se lit aussi dans les témoignages des patients adressés au personnel : « Jamais je n'aurais pu penser que l'Hôpital Varsovie était le véritable coin de notre patrie où l'on trouve non seulement les soins nécessaires mais aussi l'affection de tout le personnel.<sup>62</sup> », écrit l'un

58 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars, à Toulouse.

59 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 13 à 18.

60 *Anales del Hospital Varsovia* 6 (octobre 1949), p. 18 ; in Álvaro MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

61 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 64.

62 *Anales del Hospital Varsovia* 8 (avril 1950), p. 4-5 ; in Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité.

d'eux en 1950. La compétence, le dévouement et la générosité, la compréhension, l'accueil aimable et fraternel sont souvent évoqués... On aimerait, bien sûr, pouvoir croiser la lecture des *Anales* – liées à la direction communiste de l'Hôpital – ou du Livre d'Or avec celle d'autres sources écrites. Mais il existe des témoignages oraux : celui d'Angelina Serra, par exemple, dont la mère a été guérie d'une péritonite par le Docteur Bonifaci ; sa famille vivait à Tarascon et n'aurait pas pu imaginer d'aller dans un autre hôpital que *Varsovie*<sup>63</sup> ! D'ailleurs, comment douter de la sincérité des sentiments exprimés, qui semblent bien légitimes pour ceux qui ont participé à cette aventure ?

### **F – Boléro-Paprika : les Espagnols débarqués.**

Le destin de l'Hôpital, pourtant, se décide à une autre échelle... Au niveau mondial, la méfiance s'installe rapidement entre États-Unis et URSS ; dès les conférences de Yalta et de Potsdam, sans doute... Dans le camp occidental, on dénonce en février 1946 un "péril rouge" et Winston Churchill constate que « de Stettin, dans la Baltique, à Trieste, dans l'Adriatique, un rideau de fer est descendu à travers le continent<sup>64</sup> ». Ce sentiment de défiance est largement partagé à l'Est. Considérant que la misère issue de la guerre pousse les peuples dans le camp communiste, la "doctrine Truman" de *containment* se traduit par le plan d'aide Marshall accepté par 16 pays d'Europe occidentale. En France, le premier navire américain entre dans le port de Bordeaux le 13 mai 1948 ; les vivres qu'il transporte sont d'autant plus utiles que la pénurie perdure : les tickets de rationnement ne sont supprimés que le 1<sup>er</sup> décembre 1949. A l'Est, en réponse, la "doctrine Jdanov" durcit la position soviétique ; le Kominform est créé. Les organisations politiques, économiques et militaires (OTAN en avril 1949...) se structurent dans les années qui suivent mais, dès 1947, la rupture est consommée entre les deux camps.

Retrouvons le Docteur Aczel : « L'histoire s'est arrêtée en 1948-1949. Nous étions en pleine Guerre froide. L'Amérique ayant une certaine prédominance en Europe, les gouvernements européens voulaient être en accord avec les États-Unis dont les ennemis étaient les communistes. Il y a eu la fameuse chasse aux sorcières, et le *JAFRC*, fondé par le Docteur Barsky, qui aidait notamment les réfugiés républicains espagnols, a été dissout.<sup>65</sup> »

En 1948, aux États-Unis, une enquête menée par le *House Un-American Activities Committee* – à la veille du blocus de Berlin et avant même la naissance du maccarthysme – accuse le Docteur Edward Barsky, chirurgien prestigieux et ancien directeur des services médicaux de la Brigade Lincoln, président du *JAFRC*, ainsi que tout le comité directeur – une dizaine de personnes – d'activités antiaméricaines ; soupçonnés, en fait, de communisme, ils sont arrêtés, incarcérés puis jugés dans un long procès qui brise leur carrière et leur vie. Les

63 Témoignage d'Angelina SERRA ; in Juli ESTEVE et Álvarez MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

64 Discours prononcé à Fulton, le 5 mars 1946.

65 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

accusations portées contre le *JAFRC* semblent étroitement liées à l'Hôpital Varsovie. L'écrivain Howard Fast, qui avait rendu visite à l'établissement en 1949 et avait signé son Livre d'Or, écrit à la *Une* du dernier numéro des *Anales* : « Le Comité d'activités antiaméricaines a exigé de nous de leur donner les noms des Républicains espagnols que nous avons aidés. Mais, ce faisant, nous nous serions convertis en criminels associés de l'abominable Franco. Et, parce que nous avons refusé, nous allons en prison.<sup>66</sup> »

Un éditorial de protestation est publié dans le premier numéro des *Anales* : « C'est avec une profonde émotion que nous avons reçu la nouvelle que les membres du *Joint Anti-Fascist Refugee Committee* de New York ont été emprisonnés pour "l'atroce crime" d'être antifasciste ». Le Docteur Barsky et ses compagnons n'avaient commis d'autre délit que de « rester fidèles aux idéaux pour lesquels des dizaines de millions d'êtres avaient combattu et péri au cours de la dernière guerre et d'avoir secouru ceux qui en avaient besoin à la fin du conflit<sup>67</sup> ». Des buts humanitaires, donc ; d'ailleurs, les lois américaines de neutralité des années trente interdisaient toute autre forme d'aide et, de plus, depuis la victoire de Franco, les perspectives de lutte directe s'effaçaient. Mais les exilés espagnols, comme la plupart des populations persécutées, soumises, massacrées ou expulsées, sont aussi des victimes politiques. Et les accusateurs voient donc dans ceux qui leur portent secours des partisans... Plusieurs études montrent pourtant que bien des sensibilités différentes – entre autres, protestantes – s'exprimaient parmi les bienfaiteurs, tous réunis dans l'aide à une population en détresse<sup>68,69</sup>.

Quoi qu'il en soit, l'aide distribuée par l'*Unitarian Service Committee* se raréfie depuis 1946. Ses sources – dons privés et fonds gouvernementaux – se tarissent. Pour combattre les conséquences de la suspicion, des campagnes sont développées : *The New York Times* et *The New York Herald Tribune* publient des photos de Walter Rosenblum. Le film *Spain in Exile* est commandé par le *JAFRC* et l'*USC*. Il est réalisé par Paul V. Falkenberg et G. Zuniga, et produit par les *Educational Documentary Films* de New York<sup>70</sup>. Ce documentaire en noir et blanc, d'une vingtaine de minutes, retrace l'itinéraire des réfugiés républicains : la *Retirada*, la Résistance pour beaucoup, la déportation pour certains... On y aperçoit Pablo Picasso, président d'honneur du *JAFRC* – et du Comité d'Aide aux Républicains Espagnols, de Paris –, à côté de Herta Tempé et, quelques secondes plus tard, le Docteur Barsky. La partie consacrée à la situation présente de la communauté contient une séquence de deux minutes et dix secondes consacrée à l'Hôpital Varsovie, en passant toutefois sous silence l'opération *Reconquista*. La caméra, très dynamique, suit une ambulance : sur la façade du château flottent les drapeaux

66 *Anales del Hospital Varsovia* 9 (juillet 1950), p. 1 ; in Álvarez MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

67 *Anales del Hospital Varsovia* 1 (juillet 1948), p. 1 ; in Álvarez MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

68 M. REY GARCÍA : *Stars for Spain, la Guerra civil española en los Estados Unidos* ; (Edicions do Castro, Sada, 1997). p. 87 à 112.

69 E. SMITH : *Antifascism, the United Front, and spanish republican aid in the United States, 1936-1940* ; thèse de doctorat ; (University of Chicago, 2007). p. 138, 145 et 164.

70 Álvarez MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 92.

américain (au centre), français et républicain espagnol. La salle où sont hospitalisés les rescapés de la déportation – seuls des hommes sont filmés – montre des équipements sommaires et insuffisants. Le pharmacien et le dentiste partagent la même pièce... On assiste à une opération chirurgicale ; les gestes sont méthodiques et professionnels. Le commentaire, en revanche, apparaît moins rigoureux, puisque le chirurgien est identifié au Docteur Torrubia – parce qu'il est directeur ? Il opère également, mais ne semble pas être présent, en fait, sur les différents plans... – et son "adjoind", María Gómez Álvarez, n'est pas nommé – parce qu'il s'agit d'une femme ? Celle-ci est pourtant le chirurgien en chef... Les réalisateurs, sans doute, ne veulent pas heurter les préjugés de leur public. Les dernières séquences, enfin, portent sur l'alimentation et l'on retrouve les trois drapeaux dans le réfectoire<sup>71</sup>. Le film évoque ensuite d'autres œuvres de l'*USC*, comme la maison de convalescence de Meillon, où le Docteur Bosch, futur directeur de *Varsovie*, examine un nouvel arrivé. Et il insiste sur la priorité et l'importance de l'aide aux enfants. Témoignage précieux et émouvant...

Mais l'*USC*, bientôt, renouvelle sa direction et se détourne à son tour de l'Hôpital, considéré comme communiste. C'est un coup dur pour l'établissement dont le sort est, une fois de plus, lié à l'affrontement international.

Les autorités françaises suspectent certains Espagnols, réfugiés ou immigrés clandestins, dès 1947. Des manifestations, un vol à la caserne Niel, la découverte de dépôts d'armes accroissent la tension ; le PCE est visé. L'importance numérique de la communauté peut alimenter également une certaine xénophobie dans une frange de la population<sup>72</sup>. Les enquêtes américaines sont donc relayées avec zèle par la police française qui surveille les organismes bienfaiteurs des "communistes étrangers". Elles semblent bénéficier de la collaboration du *Servicio de Información y Policía Militar* franquiste<sup>73</sup>. La liberté d'opinion est garantie par la Constitution de la Quatrième République, mais on attend de la réserve chez les étrangers ; et l'espionnage constituerait, bien sûr, un délit. Toulouse était alors un siège annexe de l'*USC*, qui avait beaucoup d'activités dans le Sud-Ouest (Hendaye, Les Andeles, Meillon, Saint-Goin...). Ces investigations blanchissent l'*USC*, dont l'aide – connue du gouvernement américain – est strictement humanitaire.

En revanche les médecins de l'Hôpital, avec d'autres exilés espagnols, sont à leur tour considérés comme agents communistes. Ils sont accusés d'intelligence avec Moscou, sans que rien ne puisse être prouvé. Paul Eluard les soutient en signant le Livre d'Or<sup>74</sup>, en juin 1950 : « Le Peuple espagnol n'a perdu ni sa santé, ni sa Force. Il retrouvera le bonheur dans ses frontières. Ici, j'ai, une fois de plus, admiré la clarté de notre espoir commun. » Le préfet

---

71 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; film, sur le DVD inclus, et p. 95.

72 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 70.

73 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 66.

74 *Livre d'Or*, 1948-1950 ; (Archives de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse).

Pelletier, dans son rapport au ministre de l'Intérieur Henri Queuille, admet que l'Hôpital Varsovie fonctionne bien, mais soupçonne le Docteur Bosch d'être un agent important du Kominform.

Le jeudi 7 septembre 1950, à l'aube, la police française arrête à leur domicile les directeurs Bosch et Bonifaci, les Docteurs Bermejo et Rovira, le comptable Torralba et l'intendant López – les Docteurs María Gómez Álvarez, Víctor Viladrich Vilá et cinq autres médecins avaient déjà quitté l'Hôpital... C'est l'opération "Boléro-Paprika". L'Hôpital est perquisitionné jusque dans les chambres des malades, du matériel est saccagé<sup>75</sup>. On cherche des armes, des documents compromettants ; on ne trouve rien. Le même jour, pour tout le pays, ont lieu plus de 250 arrestations de "communistes étrangers", dont 150 au moins concernent les Espagnols ; elles donnent lieu à 300 arrêtés d'expulsion<sup>76</sup>... *La Dépêche du Midi*, de sensibilité radicale, reproduit le lendemain le communiqué de la Préfecture : « Il s'agit de l'exécution d'une décision gouvernementale tendant à mettre hors d'état de nuire des ressortissants étrangers qui, ayant abusé de l'hospitalité traditionnelle, généreusement offerte par notre pays, s'étaient signalés par leur participation à des agissements subversifs ayant pour objet de troubler l'ordre et la sécurité intérieure de l'État. » *Le Patriote du Sud-Ouest*<sup>77</sup>, journal d'un mouvement de Résistance communiste, dénonce le « coup de force du gouvernement [René Pleven] contre les Républicains espagnols sur la pression de Franco » ; il rappelle la participation des exilés aux combats de la Résistance et appelle à l'action. Les deux quotidiens s'accordent pour considérer que l'Hôpital Varsovie, privé de son personnel traitant, est bien la cible principale de l'opération. Les prisonniers toulousains sont interrogés au commissariat de la rue Saint-Etienne, conduits au "Camp des Sables" – le Récébédou ? – de Portet-sur-Garonne, puis en Corse, enfin dispersés en Algérie (Dr Bosch), en Tchécoslovaquie (Dr Bonifaci) et dans d'autres pays (Dr Grau, Dr Bermejo, Dr Rovira) ; certains, enfin, sont assignés à résidence (Dr Viñas Escuder, Dr Cirera)... Les manifestations de protestations – six mille participants à Toulouse –, relayées par la presse, restent sans effet. Jean Boulet, jeune dirigeant communiste – et directeur, seize ans plus tard, de l'Hôpital Varsovie –, déclare : « Cette opération d'envergure n'a pas eu de précédent depuis l'occupation nazie [...]. Le coup de force contre les Républicains espagnols est un coup contre le mouvement de la paix dans le monde.<sup>78</sup> » C'est que la période d'isolement diplomatique de l'Espagne franquiste qui a suivi la création de l'ONU est terminée. Le pays est reçu, désormais, comme un allié objectif dans le cadre de la Guerre froide ; en 1953, les Pactes de Madrid accorderont à l'armée américaine des bases dans la péninsule en échange d'une aide économique... Et, dans l'immédiat, le Parti Communiste

75 Álvaro MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 76.

76 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 25.

77 A la Libération, les locaux de *La Dépêche*, 57-rue Bayard, ont été attribués au *Patriote du Sud-Ouest* et à *La République* ; *La Dépêche du Midi* récupère plus tard son siège. En 1950, les trois quotidiens cohabitent...

78 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 30.

d'Espagne et le Parti Socialiste Unifié de Catalogne sont interdits sur le territoire français<sup>79</sup>. La rupture avec la politique d'unité nationale instaurée, en France, au lendemain de la Libération est consommée : on poursuit des politiciens, des syndicalistes et divers responsables pour « complot à l'encontre de la nation française au bénéfice du communisme international »<sup>80</sup>.

### **G – Période de 1950 à 1955 : le relais de l'équipe française dans la Guerre froide.**

L'Hôpital Varsovie est meurtri. Ses médecins expulsés, il est menacé de mort à court terme. Mais l'urgence, c'est de prendre en charge la cinquantaine de patients déjà hospitalisés, certains opérés de fraîche date...

L'Amicale des anciens FFI et Résistants espagnols fait appel au Professeur Joseph Ducuing. Nous avons déjà rencontré ce grand médecin. Qui est-il ? L'émouvante biographie que lui a consacrée sa petite-fille Jeanne<sup>81</sup>, ainsi que les différents témoignages, nous mettent en présence d'un monolithe : puissant – n'excluant pas quelques failles –, multiple selon ses différentes faces mais présentant une profonde unité, protégeant d'une carapace des sentiments humains profonds. Un portrait rapide pourrait s'articuler autour de trois éléments principaux : le chef de tribu, le médecin et enseignant, l'homme engagé ; mais ces aspects sont, au fond, intimement imbriqués.

Sa famille, des gens souvent humbles qui travaillent de leurs mains, est d'origine pyrénéenne ; elle est venue vivre à Toulouse. C'est là qu'il naît le 14 avril 1885<sup>82</sup>. Ses parents ont cinq enfants. Sa mère tient un magasin, son père, voyageur de commerce, est souvent absent... Joseph, à l'école communale puis au Lycée national (plus tard Fermat) est longtemps un cancre préoccupé de jeux ; il est doté d'une bonne santé et garde de cette période le goût du sport. Écoutons-le : « De l'avis de mes premiers maîtres, j'étais destiné à être "un raté". [...] En entrant en rhétorique, je trouvai heureusement l'homme qui me remit "dans le droit chemin". Ce fut Monsieur Bouchard [...]. J'estime que je lui dois tout. [...] Il me mit en confiance. Je me mis au travail et ne m'arrêtai plus.<sup>83</sup> »

Il choisit la médecine (comme son frère Louis), étrangère au milieu familial : c'est donc un homme nouveau mais – nous le voyons – qui ne revendique pas de "s'être fait tout seul". Ce choix s'accompagne naturellement de celui d'enseigner. Ses Professeurs, comme plus tard ses élèves, sont une partie essentielle de sa vie. C'est avec eux qu'il multiplie les publications scientifiques. Il écrit toujours, partout... Ses études sont brillantes ; il s'oriente vers la chirurgie

---

79 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 25.

80 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 75.

81 Jeanne SAINT-SAËNS GAILLOT : *Toi, mon grand-père Joseph Ducuing, essai biographique* ; (chez l'auteur, Toulouse, sans date).

82 Jeanne SAINT-SAËNS GAILLOT, opus cité ; p. 32.

83 Discours d'inauguration du cours de cancérologie, 1929 ; in Jeanne SAINT-SAËNS GAILLOT, opus cité, p. 8.

générale. La Grande Guerre aiguise sa curiosité pour la transfusion sanguine ; le troisième de ses principaux intérêts est la lutte contre le cancer. Mais ces trois volets gardent l'unité fondamentale « d'un héritage humain, médical, chirurgical, philosophique et surtout pédagogique<sup>84</sup> ». Professeur, chirurgien-chef des hôpitaux, directeur du Centre Régional Anti-Cancéreux (CRAC), sa vie professionnelle se déroule entre la Faculté de Médecine, l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques et, plus tard, l'Hôpital Purpan. Elle occasionne aussi de nombreux voyages aux États-Unis, en URSS, en Espagne, en Belgique, en Angleterre, en Allemagne, en Hongrie, en Italie, en Chine, au Vietnam, au Cambodge, au Mexique...

Sa vie familiale, ses amitiés et sa vie professionnelle sont inextricablement liées. Il se marie en 1906 avec Jeanne Rivière ; ils ont trois filles. Marguerite, l'aînée, épouse Marcel Espagno et la cadette, Suzanne, Paul Guilhem ; ses deux gendres sont des médecins, ses élèves. Yvonne, quant à elle, épouse un artiste, Marc Saint-Saëns. Ces enfants et les petits-enfants qui en sont issus – certains disparus prématurément – fondent de véritables dynasties médicales de Docteurs et de Professeurs. La famille devient une tribu qui vit entre Paris, Toulouse et Vigoulet-Auzil. Le cercle des proches, comme le Professeur Camille Soula, le Docteur Léonce Lazorthes ou sœur Mathilde, vit aussi dans l'univers de la médecine ; beaucoup sont ses élèves : parmi eux, les Docteurs René Baux et Jean Lapeyrère, les Professeurs Jacques Arlet, Guy Lazorthes, Louis Bugnard... On peut en retrouver certains sur des fresques peintes pour le CRAC et la Bibliothèque municipale de Toulouse par Marc Saint-Saëns. Le Professeur Ducuing qui se sent responsable de tous, enfants et disciples, se montre exigeant avec ceux qu'il estime comme avec lui-même, fait preuve d'autorité – certains ne choisissent leur spécialité médicale qu'en cachette du maître – mais sait reconnaître ses erreurs ; le tout, finalement, avec bienveillance... Celle-ci est particulièrement acquise à ses petits-enfants, aux gens simples qui l'entourent et à ses malades.

Cette riche et puissante personnalité est aussi faite d'engagement. Disciple de Jean Jaurès, libre-penseur, membre du Parti Communiste Français<sup>85</sup> ou compagnon de route, il reste résolument fidèle à ses idéaux. Ceux-ci le conduisent à s'engager dans la Résistance – avec la plupart de ses amis et des membres de sa famille – mais lui valent également d'être temporairement suspendu de ses fonctions hospitalières et universitaires par Vichy. Il accueille des réfugiés républicains espagnols et belges ; Georges Canguilhem, Jean Cassou, Vladimir Jankélévitch, Silvio Trentin et Jean-Pierre Vernant, dont on connaît l'engagement, fréquentent son domicile. Il soigne les blessés dans son service de l'Hôtel-Dieu. En 1940, il propose à son confrère de Lille, le Professeur Jules Driessens, de l'aider à cacher 6 g de radium ; les deux coffrets sont scellés avec l'aide de Monsieur Arqué, maçon, dans la crypte de la chapelle Saint-

---

84 Jeanne SAINT-SAËNS GAILLOT, opus cité ; p. 19.

85 Jeanne SAINT-SAËNS GAILLOT, opus cité ; p. 55.

Joseph de la Grave pour la durée de la guerre<sup>86</sup>. Recherché par la Gestapo, il doit se réfugier durant l'hiver et le printemps 1943-1944 à Orthez. Ses convictions, enfin, le rapprochent des Républicains espagnols. Des liens anciens avec la Catalogne – il est l'auteur de publications parues à Barcelone –, et ses convictions le conduisent à soutenir sans défaillance ses confrères espagnols de *Varsovie*. Cette vie de travail passionné et de lutte se poursuit, bien sûr, après sa retraite en 1858, jusqu'à sa mort à Vigoulet-Auzil, le 11 avril 1963<sup>87</sup>.

Mais pour l'instant, nous sommes loin du terme : le Professeur Ducuing jouit d'une notoriété internationale ; il a 65 ans... Il « proteste contre un geste policier aussi inhumain » dans une lettre ouverte au directeur régional de la santé publiée dans le Patriote du Sud-Ouest le 13 septembre 1950 ; il rappelle ce que la France doit aux résistants espagnols pour sa propre libération – le général de Gaulle en a décoré plusieurs, dont un blessé au cours de l'embuscade allemande qui a blessé grièvement Jean Cassou, commissaire de la République, en août 1944 – et associe à son soutien le Professeur Calvet et le Docteur Lapeyrère. Il souligne la haute valeur scientifique et morale du personnel, ainsi que son dévouement ; il est officiellement chirurgien-chef, coordinateur des soins, responsable de la marche professionnelle et scientifique de l'Hôpital<sup>88</sup>. Au cri de l'Amicale des anciens FFI et Résistants espagnols, il répond présent avec ses confrères les Docteurs Jean Lapeyrère (chirurgien qui consacre toute sa vie à *Varsovie*), René Biart, Paillé, René Baux, Stéphane Barsony (juif roumain polyglote, ancien des Brigades Internationales, d'un dévouement admirable), Jean Garipuy, Salomon Tauber et Jean-Louis Champagnac (qui avaient œuvré au réseau sanitaire de la Résistance)<sup>89</sup> ; ces médecins sont tous des amis de l'Hôpital, où ils avaient déjà coutume d'intervenir de manière désintéressée, en cas de besoin... Dans l'urgence, ils prennent le relais. Les médecins sont soutenus politiquement, financièrement et moralement par le Parti Communiste Français qui est relativement épargné, au milieu de la "chasse aux sorcières", parce qu'il réunit 26 % des suffrages aux élections législatives de 1951. L'équipe médicale n'en reste pas moins, politiquement, multicolore.

L'Hôpital Varsovie, qui ne recevait que les exilés espagnols, s'ouvre alors à toute la population. Au mois de janvier 1951, l'annonce de la poursuite des consultations à L'Hôpital Varsovie publiée par le Patriote du Sud-Ouest est formulée en castillan et en français...

Mais, après l'opération policière, un deuxième "coup de force", juridique cette fois, vise *Varsovie*. Le 7 octobre 1950, un décret du ministre de l'Intérieur Henri Queuille dissout l'Amicale des anciens FFI et résistants espagnols, gestionnaire de l'Hôpital, qui doit se séparer de ses biens dans un délai d'un mois. Le Professeur Ducuing se voit confier la gestion de

---

86 Jeanne SAINT-SAËNS GAILLOT, opus cité ; p. 111.

87 Jeanne SAINT-SAËNS GAILLOT, opus cité ; p. 153.

88 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 18.

89 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 20.

l'Hôpital le 31 octobre, puis la Société nouvelle Hôpital Varsovie est fondée. Le Professeur Ducuing est le premier président du Conseil d'Administration de cette association ; ses assesseurs sont le Professeur Guilhem (gynécologie-obstétrique), le Professeur Marques qui était aussi Directeur du Centre anti-cancéreux, le Docteur Jean Garipuy, ophtalmologiste (qui avait eu une fonction importante au ministère de la Santé), et le Docteur Champagnac. Le 6 janvier 1951, la Société nouvelle rachète à l'Amicale tous les équipements. La survie est assurée, dans l'immédiat, mais la bataille n'est pas terminée car, deux jours plus tôt, le 4 janvier, le tribunal civil de Toulouse avait nommé un administrateur dont la première décision avait été de bloquer les comptes. Finalement, après appel, la décision du tribunal n'est pas appliquée. Le 12 février 1952, Monsieur Henri Maigné, propriétaire du château, le vend à la Société nouvelle qui en était locataire. Mais, pour satisfaire les exigences des juges, il faut créer une nouvelle société, les Amis de la Médecine sociale, pour gérer l'Hôpital. Le 19 octobre 1955, le tribunal donne le feu vert : la Société nouvelle Hôpital Varsovie se voit reconnaître sa propriété, dont elle loue la gestion aux Amis de la Médecine sociale<sup>90</sup>. L'Hôpital se trouve sous contrôle de son principal soutien, le Parti Communiste. La lutte avait duré cinq ans...

« L'engagement dans cette bataille fera naître chez les "défenseurs" de *Varsovie* le sentiment que cet Hôpital est le leur, ce qui permettra de poser, sur des bases plus actives, la participation des usagers à la structure<sup>91</sup> ».

Le Docteur Daniel Garipuy en témoigne. Il connaît cet Hôpital depuis toujours puisqu'il est en partie lié à une histoire familiale : « Mon père [le Dr Jean Garipuy] a été président du Conseil d'Administration de cette structure pendant quelques années [coprésident de 1955 à 1963, puis de 1963 à 1980]. Le Docteur Salomon Tauber, un ami de la famille, a été lui aussi président du Conseil d'Administration [coprésident de 1963 à 1980, puis président de 1980 à 1984]. Nous connaissions également le Professeur Ducuing [premier président du Conseil d'Administration de la Société nouvelle Hôpital Varsovie, de 1950 à 1955, puis président du Conseil d'Administration de l'Association des Amis de la Médecine Sociale de 1955 à 1963]. J'ai donc entendu parler de cet Hôpital depuis tout petit, mais à l'époque, je n'en avais aucune représentation. Plus tard, quand j'étais étudiant en Médecine, j'ai commencé à fréquenter cet Hôpital en tant qu'externe. Je connaissais déjà les médecins qui y travaillaient : le Docteur Biart, le Docteur Champagnac, le Docteur Begat (les médecins de Médecine Générale), et même les chirurgiens avec le Docteur Lapeyrère, ou encore les radiologues... Je me représentais alors *Varsovie* pour ce qu'il était, c'est-à-dire un Hôpital fondé par des Résistants Espagnols en 1944, avec une grande histoire, un héritage politique, social, administratif... Il avait un passé militant et pratiquait une médecine accessible à tous. Les Espagnols se sont

---

90 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 33.

91 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 24.

totallement intégrés au tissu social français ; ce n'était peut-être pas la même chose à la fin des années quarante. Si l'on veut soigner tout le monde sans exclusive, il faut avoir une attention particulière vis-à-vis des gens qui, pour des raisons culturelles, pécuniaires ou autres, n'ont pas tous les codes d'entrée dans les structures hospitalières ou dans le réseau médical »<sup>92</sup>.

La vie continue. Une plaque rappelle ce que l'établissement doit aux guérilleros et aux résistants espagnols. « L'Hôpital Joseph-Ducuing est, à l'heure actuelle, un "lieu de mémoire" de l'exil espagnol en France et un centre hospitalier de référence qui a su garder l'esprit des premiers temps avec son planning familial, l'accouchement sans douleur, les nouvelles pathologies (sida, addictions aux drogues...) toujours dans la même perspective de la médecine sociale et de la prise en compte du patient et de son entourage.<sup>93</sup> » Les liens de solidarité des pionniers animent toujours les bâtisseurs d'une médecine sociale de qualité...

Au sortir de toutes ces turbulences et trous d'airs, l'assiette de l'aéronef est enfin rétablie. Le sauvetage de l'Hôpital Varsovie, qui aura duré cinq ans, est acté. Le sang-froid, l'opiniâtreté du Professeur Joseph Ducuing et de ses équipes furent remarquables. Le soutien du Parti Communiste Français fut également un point clé dans cette opération délicate dont le succès n'était pas assuré. A partir de là et jusqu'à nos jours, des questions se verront résolues : Quelle est la place de l'HJDV, dans le paysage hospitalier toulousain ? Comment cette institution a-t-elle réussi à justifier sa place, son rôle ? Quelle est la conception personnelle et collective de ce que doit être l'attitude de soin pour les salariés de cet établissement ?

## **H – Période de 1955 à 1976 : modernisation et participation au Service Public.**

Ce laps de temps d'une vingtaine d'années est très important. Des transformations majeures vont être réalisées (reconstruction, déménagements, réorganisation des équipes), l'institution va se voir nourrie par une sève culturelle très riche, dans une ambiance de foisonnement d'idées, le tout étant propice à l'innovation. L'Hôpital va suivre l'évolution technique et scientifique de la Médecine, ainsi que celle de la société française (en pleine ébullition durant les Trente Glorieuses) et de sa législation, en effectuant peu ou prou ce qui pourrait s'apparenter à une mue. L'objectif étant de répondre à de nouveaux besoins, il va opérer une modernisation accélérée et faire son entrée dans le Service Public hospitalier ; enfin, cette période s'achève sur l'après *choc pétrolier* : les premiers déficits sont constatés et plus rien désormais ne sera comme avant.

### **Installation durable des Espagnols à Toulouse et ouverture de l'Hôpital sur la ville**

---

92 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing.

93 Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité ; p. 14.

L'année 1955 marque une charnière : les Républicains espagnols, réfugiés en France, se résignent à voir leur mère patrie sous le joug du régime franquiste et ce, pour longtemps. Ce qui était perçu comme du provisoire s'est transformé en quelque chose de plus durable. Les réfugiés se voient ainsi dans l'obligation de s'installer, de se fondre dans la société française. Après l'opération policière du 7 septembre 1950, "Boléro-Paprika", il y eut un passage de témoin, forcé, des Espagnols à une équipe française qui a souhaité sauvegarder cette institution d'une disparition annoncée. Claude Barbaza, syndicaliste, succéda au Docteur Francisco Bosch en tant que directeur ; le Professeur Joseph Ducuing fut le premier président du Conseil d'Administration de la Société nouvelle Hôpital Varsovie, devenue ensuite l'Association des Amis de la Médecine Sociale. En son hommage, à partir de 1969, l'Hôpital portera son nom.

#### Reconstruction, déménagements, réorganisations des équipes

L'année 1959 voit la création du nouveau service de Chirurgie (24 lits au premier étage). Pour cette reconstruction, les plans avaient été dessinés de sorte que chaque patient puisse avoir directement le soleil qui entre dans sa chambre, à un moment de la journée.

« Entre 1968 et 1969, sous la direction de Jean Boulet, un nouveau bâtiment est construit, rue Jean des Pins, pour recevoir le service de Médecine (là où sont accueillis actuellement les soins palliatifs) : au rez-de-chaussée, au premier étage et deuxième (ajouté en 1970, portant le nombre de lits à 40), les chambres étaient pratiquement toutes individuelles, ce qui était un progrès indiscutable en comparaison avec ce qui existait auparavant ; en effet, jusqu'alors, les patients de Médecine étaient hospitalisés dans ce que l'on appelait le château avec, au rez-de-chaussée, le réfectoire, au premier étage, sur la droite en entrant, des box accueillant une douzaine de femmes, à gauche, la même chose mais pour les hommes et, au deuxième étage, il y avait majoritairement des chambres à un lit, ce qui à l'époque était très rare. Il m'arrivait de fréquenter des hospices toulousains constitués de salles accueillant une vingtaine de patients, non séparés, ou parfois avec un simple rideau... Cela faisait davantage penser au Moyen Âge qu'au XX<sup>e</sup> siècle !<sup>94</sup> », témoigne le Dr Aczel.

L'Hôpital Varsovie deviendra la Polyclinique Joseph-Ducuing en 1969, confortant sa vocation d'hôpital général. En 1970, le château, abandonné, ne recevra plus de patients. Un nouveau dispensaire est inauguré au centre de l'Hôpital ; il sera déplacé en 1977.

#### Joseph-Ducuing, une école de Médecine, une école de Culture, une école de la Vie...

Deux témoins et acteurs historiques de l'institution sont là pour en attester.

Le Dr Stéphane Aczel se souvient : « Arrivant à Toulouse en 1960, débutant des études médicales, mon oncle maternel, le Dr Stéphane Barsony (médecin à *Varsovie*, ancien membre

---

94 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

des Brigades Internationales), me présente l'Hôpital et me confie à ces "Maîtres" : Champagnac, Biart, Landez et Delmas ; ils m'autorisent à venir suivre des consultations et des visites. Ils auront un rôle majeur dans mon apprentissage, en me montrant leur curiosité, leur enthousiasme, leur vision globale de la Médecine. La Philosophie, la Politique, l'Anthropologie, la Psychologie, l'Ethno-Médecine avant l'âge, tout cela faisait partie intégrante de la prise en charge d'une patientèle cosmopolite ». Il poursuit : « Ces années soixante furent extrêmement fertiles. Le Professeur Ducuing avait amené un grand nombre de médecins, venant de différentes spécialités, pour travailler à l'Hôpital Varsovie. Il a quasiment désigné les personnes qui devaient venir, à cette époque-là. Il y a envoyé notamment deux de ses petit-fils, les Professeurs Espagno : Guy, chirurgien gynécologue très humain et Jacques, remarquable chirurgien, élève du Professeur Lazorthes, qui est ensuite devenu Chef du service de Neurochirurgie du CHU. La Neurochirurgie se penchait, bien entendu, sur toutes les pathologies tumorales, mais il ne faut pas oublier non plus que nous étions encore dans la période où il n'y avait pas de ceintures de sécurité dans les voitures. La traumatologie crânienne avait une grande incidence. C'était donc la période des chambres réfrigérées au CHU, pour mettre les patients en relative hypothermie, en attendant leur évolution avant une éventuelle opération. Le Professeur Espagno officiait régulièrement à Joseph-Ducuing, y compris dans le champ de la Neurochirurgie. Nous faisons bien sûr de la Chirurgie Générale, de l'Urologie, avec le Dr Yves Fregevu, sommité dans le domaine, qui a plus tard travaillé avec le Centre Claudius Regaud. Jean Boulet, le directeur, lui avait fait une proposition de recrutement. Le Dr Fregevu lui avait exprimé le fait qu'il ne partageait pas ses idées politiques. Ce à quoi M. Boulet avait répondu : « Nous ne sommes pas une chapelle ; c'est pour soigner des patients que nous vous demandons de nous rejoindre ». Sa collaboration avec l'établissement fut un exemple de loyauté et de qualité de travail. Fait remarquable : c'était l'Hôpital "du généraliste". En effet, après la période de prise en charge par le Professeur Joseph Ducuing, des médecins généralistes, amis de la République, ont assuré les consultations et les hospitalisations en Médecine : le Dr Champagnac, le Dr Barsony, le Dr Tauber, le Dr Paillé, le Dr Epstein, le Dr Torres (ce dernier assurant la Médecine dans le service de Chirurgie). Certains venaient de loin, comme le Dr Pistre de Portet ou le Dr Schwartz depuis Rieumes ! Le service de Médecine des Docteurs Champagnac, Biart et Begat était donc appuyé par d'autres confrères. Quand un généraliste se posait la question d'une hospitalisation ou d'une exploration pour un patient donné, il lui disait : « Je vais te prendre dans mon service de l'hôpital » ; il téléphonait à l'un de ses correspondants. Il y avait alors une liste d'attente de plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Quand j'ai connu l'hôpital au début, en moyenne une hospitalisation durait 25 jours ! Nous faisons une sorte de tri en fonction des urgences. Une fois admis dans le service, le patient était pris en charge par les médecins plein-temps, mais le médecin

généraliste du patient avait un rôle indiscutable dans l'équipe : il venait voir son malade quand il voulait et participait à l'élaboration du diagnostic ; il était tenu au courant des résultats des examens. C'était un travail de coopération très horizontal, avec plusieurs dizaines de médecins généralistes qui considéraient cet hôpital comme le leur. L'ambiance était assez extraordinaire en Médecine. *Varsovie*, "l'hôpital du généraliste", n'était pas exclusivement hospitalo-centré. Ce n'était pas de la médecine hautement spécialisée (plutôt tout-venant), mais il y avait la possibilité d'avoir des avis de spécialistes hospitaliers ; le Professeur Monnier, hématologue, venait régulièrement consulter chez nous, en cas de besoin ; c'était pareil avec le Professeur Ruffié, l'un des patrons de la Rhumatologie. Tous ces grands pontes venaient avec plaisir exercer leur art chez nous parce qu'à un moment donné, le Professeur Ducuing a su mobiliser son réseau, grâce à son autorité et à son aura. Il leur avait dit : « Tu iras à *Varsovie* si *Varsovie* a besoin de toi ». Ils étaient salariés à temps partiel. C'était un risque de détournement de patientèle, mais les accrocs ont été rarissimes. Il y avait un foisonnement d'idées de la part de personnes venant d'horizons très différents. C'était très enrichissant et passionnant. J'y venais fréquemment, j'y étais très enthousiaste, j'y ai lié des connaissances professionnelles, voire des amitiés. C'était une sorte d'école de Médecine, mais aussi, et surtout, une école de la Vie... », me rapporte le Dr Aczel, un brin ému, cinquante ans plus tard. Toujours dans ces années soixante, les patients avaient droit à des repas de qualité. Les cuisiniers faisaient de leur mieux pour leur faire manger des choses extraordinaires. Un jour, il vit passer un mot de patient disant : « J'ai été très bien soigné, merci. Je m'en vais. Je ne voudrais pas être malade de nouveau, mais je rêve de revenir pour manger la très bonne cuisine que vous faites<sup>95</sup> ».

Le Dr Aczel, de nouveau : « En 1966, le Dr Biart habitait l'Hôpital jour et nuit, dimanches et jours fériés ! Il n'avait pratiquement pas de vie privée. L'équipe médicale ayant estimé que ce n'était pas tenable m'a proposé de faire ces gardes, week-ends compris. J'ai accepté. J'ai déménagé à l'Hôpital ! Je rentrais le soir pour faire le tour des services. Je dormais sur place et le lendemain je partais à la Faculté ou à Purpan pour mon externat. Au bout de deux mois de réclusion, cela m'a paru lourd à assumer. J'ai demandé à Jean Boulet, le directeur, si je pouvais partager les gardes avec un ami étudiant en Médecine. Cela a été accepté. Nous avons alterné un jour sur deux pendant presque deux ans. L'été 1968, j'ai remplacé les médecins titulaires du service de Médecine partis en congés. Entre 1969 et 1970, j'ai fait Fonction d'Interne en Cancérologie, au Centre Claudius Regaud. Cette discipline m'a passionné, malgré le fait qu'à l'époque, elle était vue sur le mode du fatalisme, de l'impuissance du point de vue médical, de manière honteuse pour les patients (le mot cancer étant prononcé à mezzo voce). Finalement, en 1970, mes collègues du service de Médecine ont demandé à ce que je sois engagé comme médecin plein-temps. Je suis resté dans cet Hôpital jusqu'à ma

---

95 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

retraite, en 2005<sup>96</sup> ».

En janvier 2014, M. Alain Radigales me raconte qu'à la fin des années soixante, il cherchait à financer ses études. L'un de ses amis, Henri Ramon, lui aussi fils de réfugié espagnol, lui dit un jour que l'Hôpital Varsovie cherchait des aide-soignants ou infirmiers pour faire des gardes de nuit et de week-end. C'était en 1968. Il a rapidement fait la connaissance du Dr Aczel. M. Radigales : « les infirmiers espagnols qui y travaillaient encore étaient passionnés, très investis ; ils nous racontaient l'histoire varsoviennne. A Purpan, nous avions l'habitude de côtoyer des médecins : certains étaient dévoués, d'autres narcissiques, d'autres avaient le sens aigu de la transmission, de la pédagogie. Pour nous, Purpan était le nec plus ultra sur le plan médical et soignant. En arrivant à *Varsovie*, ce qui m'avait surpris, c'était la pauvreté de cet établissement. Le niveau des équipements n'était pas du tout le même qu'à Purpan. Je me demandais ce que nous faisions là, et comment soigner des gens avec ces moyens-là : les aide-soignants affûtaient, avec des pierres, les biseaux des aiguilles que l'on stérilisait ensuite ! On désobstruait les aiguilles, on rinçait les seringues (avant stérilisation) ! On lavait même les bandes pour faire les pansements ! En voyant cela, la première question qui venait à l'esprit était celle de la qualité des soins. Mais, assez vite, on s'apercevait que tout ça n'était que matériel et qu'il existait une autre dimension. J'ai eu le bonheur de tomber sur *Varsovie*, sur ces équipes-là, sur des médecins qui avaient l'art d'appréhender la personne. Les soignants avaient une capacité d'écoute bien au-dessus de la moyenne, les patients semblaient totalement confiants. Je ne veux rien caricaturer : je ne dis pas qu'à *Varsovie* nous soignons des personnes et là-bas des organes. Mais, dans cette structure, nous avons découvert une autre façon de raisonner : autour du patient, en prenant en compte ses dimensions sociale, culturelle, économique ; cette dernière dimension avait été tellement prégnante pour les premiers patients espagnols, qu'il restait, en 1968, quelque chose de l'état d'esprit des pères fondateurs<sup>97</sup> ».

Monsieur Radigales relate encore qu'en 1968 il avait pris part à des mouvements étudiants. Par la suite, il s'est naturellement tourné vers l'Hôpital Varsovie pour venir y travailler en tant qu'infirmier, tout en continuant ses études. Il était loin de certains débats : pour la communauté toulousaine, c'était "l'hôpital rouge" de la ville. On ne lui a pourtant jamais demandé la couleur de ses pensées. En revanche, le fait de rester dans cette institution forgeait des représentations, quel que soit le poste occupé. Il dit avoir eu la chance de passer partout (Médecine, Chirurgie, bloc opératoire, dispensaire..), « ce qui a été d'une richesse incroyable ! Mes études de Biologie terminées, je suis entré au laboratoire, et je me suis particulièrement intéressé à la Microbiologie et à l'Immuno-Hématologie. Mais là aussi, même au milieu de nos tubes, éprouvettes et boîtes de Petri, nous suivions des personnes. Ces gens

---

96 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

97 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

malades avaient vécu des choses difficiles, souffraient de pathologies pulmonaires, digestives ou autres, que l'on voyait peu dans les autres établissements. En outre, l'Hôpital avait signé un accord pour recevoir et soigner des étudiants étrangers, venus du monde entier. J'ai eu la chance de voir une richesse de pathologies en bactériologie, en mycologie, en parasitologie, le tout avec des conséquences hématologiques, parenchymateuses... Donc ce fut enrichissant sur le plan scientifique, mais aussi humain, avec des rencontres extraordinaires<sup>98</sup> ».

Monsieur Radigales poursuit son évocation en me disant que lors des réunions tout le personnel était convié pour travailler, discuter et réfléchir sur la situation d'un malade. « Chose incroyable : il y avait des lectures (le Dr Biart s'y investissait), des temps dédiés à des questions de littérature ! "Là, avez-vous repéré la symptomatologie qu'il exprime sur telle maladie ?" Des rencontres thématiques avaient lieu : le Dr Champagnac avait fait venir un médecin ayant participé à des expéditions de Paul-Émile Victor – chef des expéditions polaires françaises de 1947 à 1976 – , afin de parler de médecine en terre Adélie (Antarctique). Dans cet hôpital pauvre, il y avait une richesse culturelle inouïe, un partage impressionnant !<sup>99</sup> ».

#### Innovations techniques et scientifiques

En terme d'innovation, la radiologie a toujours été un service intéressant. Le Dr Aczel en témoigne : « le Professeur Ficat, chirurgien orthopédique toulousain, avait été l'un des grands explorateurs du genou et de la hanche. Il avait fait avancer les connaissances sur l'ostéonécrose de la tête fémorale et avait participé à l'élaboration des forages cervico-céphaliques. Ce Professeur a été amené à collaborer avec le Dr Philippe, un radiologue qui est venu travailler dans l'équipe de radiologie de Joseph-Ducuing. Ce radiologue a été pratiquement le créateur de l'arthrographie du genou et d'autres articulations. L'iconographie, l'imagerie de ces techniques a permis de faire des avancées considérables dans la Physiologie et la pathologie articulaire, donc ensuite aussi dans la Chirurgie et la Réparation articulaire. De nombreux orthopédistes de la place toulousaine lui envoyaient des patients. Il recevait des élèves et des stagiaires de partout, y compris de l'étranger (Pologne, Tchécoslovaquie...). Lui aussi a été un pionnier dans son domaine : l'arthrographie<sup>100</sup> ».

Le cadre actuel d'Imagerie, en 2014, M. Christophe Paulo, se dit étonné du développement de son service : « nous étions six, nous sommes vingt aujourd'hui ! Avec l'informatisation des systèmes d'organisation et de travail, le développement de l'Imagerie Médicale a été une réelle révolution culturelle, intellectuelle et professionnelle (radios, scanner, IRM...)<sup>101</sup> ».

---

98 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

99 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

100 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

101 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

### Vers une participation au Service Public hospitalier...

Revenons en 1970, date ô combien importante : après le vote d'une loi sur la réforme hospitalière, il est donné, aux établissements privés à but non lucratif, la possibilité de participer à l'exécution du Service Public hospitalier. La direction de la Polyclinique Joseph-Ducuing a sauté sur l'occasion, avec l'aval du Conseil d'Administration (CA) qui a voté ce projet à l'unanimité. Ceci était en cohérence avec les orientations premières de *Varsovie* et représentait une sorte de garantie pour l'avenir, en préservant le caractère à but non lucratif, la pluridisciplinarité de l'institution, en continuant à répondre aux besoins de toute la population, sans discrimination aucune, et en gardant des capacités d'adaptation. C'était déjà du Service Public qui ne disait pas son nom ! Cette demande de participation au Service Public fut acceptée par un décret (n°76.1015 ), le 3 novembre 1976 (parution au Journal Officiel le 9 novembre) et prit effet à partir de 1977. Cela a obligé la Polyclinique à répondre à de nouvelles missions d'intérêt général, bien que pour la plupart il y réponde déjà en accueillant les plus défavorisés, les patients relevant des aides sociales...

Ainsi, de nouvelles contraintes sont apparues, comme le fait de créer un accueil d'urgence continu, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. C'était un secteur indispensable pour un hôpital général, mais compliqué à mettre à place et à gérer [variété des demandes, des motifs de consultation, degrés d'urgences différents avec des maladies bénignes ("bobologie") ou des affections graves, pouvant mettre en jeu, à plus ou moins long terme, le pronostic vital des patients ; de plus, l'affluence y est irrégulière, "calme plat" ou "raz de marée" se succédant d'un jour à l'autre ou dans une même journée...]. La permanence devait être assurée en Biologie, en Radiologie, aux Urgences, ainsi qu'en aval : une équipe médicale et une équipe chirurgicale devaient se rendre disponibles pour accueillir une nouvelle entrée. Un interne était sur place et les médecins responsables étaient d'astreinte, joignables et mobilisables. Ce passage officiel dans le Public entraînait aussi une adaptation pour mise aux normes (équipement et fonctionnement). Heureusement, les modifications à apporter n'étaient pas insurmontables. Ainsi, il avait déjà été décidé de l'ouverture d'un service d'Obstétrique en 1977 et d'un Planning familial, avec une Maternité d'une capacité de 20 lits, sous la responsabilité du Dr Baux. Pour se conformer aux exigences requises, la Polyclinique a simplement dû créer une unité de soins continus (Soins Intensifs) de 4 lits ; en contrepartie de toutes ces concessions et contraintes, les établissements à but non lucratif participant à l'exécution du Service Public voyaient « leurs dépenses de fonctionnement [...] couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements publics. Ils [bénéficiaient], pour leur équipement, des avantages prévus pour les établissements publics d'hospitalisation » (article 41 de cette loi de 1970). Désormais, les éventuels déficits des années précédentes seraient repris dans le calcul du prix

de journée. La situation financière de la Polyclinique Joseph-Ducuing, malgré un déficit de 90 millions de centimes en 1976, n'était pas mauvaise<sup>102</sup>. Cependant, elle restait fragile, surtout dans le contexte de crise économique, secondaire au "choc pétrolier" qui va inaugurer une politique de réduction des dépenses de santé. Cette notion d'incertitude concernant le système de financement des dépenses de santé semble avoir pesé sur la décision de rattachement au Service Public hospitalier. Si cette dernière était conforme aux valeurs, à l'esprit, bref à l'éthique de la Polyclinique, et conçue comme une sorte de garantie sur l'avenir, en revanche, la mise en application ne se fit pas sans heurts. Il y a souvent un écart entre la théorie et la pratique : le début de cette participation au Service Public est marqué par le sceau de la désillusion. L'administration de tutelle (DDASS, DRASS) mettait en œuvre les directives ministérielles restrictives, sans tenir compte des besoins réels exprimés par les prévisions budgétaires du Conseil d'Administration (CA). L'exercice 1977 s'achève avec un déficit de 2 800 000 francs ! De plus, ce contrôle des tutelles s'applique à d'autres champs que celui de la gestion : aux activités et aux personnes (les demandes de création de postes sont également accordées ou non par ces mêmes tutelles)<sup>103</sup>.

Pour illustrer le malaise, voici une note d'appel aux dons, datant de cette époque, à l'adresse des Amis et des Usagers de la Polyclinique Joseph-Ducuing : « Les médecins de la commission médicale consultative s'adressent à vous pour vous demander d'aider financièrement l'HJD. [...] Ils remercient le Conseil d'Administration et la direction pour le sérieux d'une gestion qui, en respectant les droits acquis des différentes catégories de travailleurs, n'a permis aucun laxisme et a poussé à temps aux choix décisifs sans lesquels l'établissement n'existerait plus, en réalisant le plateau technique qui a permis le passage au Service Public. [...] La *Maison* est bien gérée ; les difficultés viennent d'une politique de Santé délibérée du Gouvernement. Le passage en hospitalisation publique n'était nullement une promotion mais un choix quasi-obligatoire ayant entraîné de nouvelles contraintes. [...] Il n'est tombé aucune manne et nous avons connu d'emblée [des] difficultés [...]. L'équipement technique est une nécessité vitale au moment où les établissements tant publics que privés se livrent à une lutte compétitive ; nous avons toutes les raisons pour garder à notre établissement la place originale qu'il peut tenir. Or, la commission médicale a estimé que les dépenses minimales d'équipement ne pouvaient être abaissées pour l'année au-dessous d'une somme de 280 millions d'anciens francs. Nous disposons seulement dans le budget actuel de 57,7 millions d'anciens francs. Nous avons besoin immédiatement du matériel ci-dessous : un échographe et divers matériels chirurgicaux. Nous faisons appel à vous et considérons que c'est un devoir urgent et responsable. Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apporterez.

---

102 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 48.

103 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 48-49.

Signatures : Dr Biart, Dr Paillé, Dr Hemous, Dr Do, Dr Lapeyrère, Dr Combes, Dr Landez, Dr Cazavet, Dr Baux, Dr Fregevu, Dr Tauber, Dr Rucaud, et Mesdames Merce et Darwish ».

### Le Dr Daniel Garipuy intègre sa deuxième famille en entrant dans la *Maison*

En 2013, ce dernier se remémore son arrivée au sein de l'institution. Il y est entré parce qu'il connaissait l'Hôpital depuis longtemps et parce qu'il n'avait pas envie de s'installer en libéral. « J'aurais pu faire carrière au CHU, puisqu'à l'époque, quand même, il y avait une large part d'hérédité. Mais cela ne m'intéressait pas non plus. En revanche, *Varsovie* m'attirait énormément : je connaissais bien les médecins qui y exerçaient, leur façon de travailler. En 1974, j'y suis entré comme interne. En 1979, un plein temps s'est libéré (le Dr Champagnac partant en retraite), j'ai pris le poste. J'y ai toujours exercé depuis, sans interruption<sup>104</sup> ». Il s'est d'abord orienté vers l'Addictologie, puis vers l'Infectiologie (VIH, hépatites...).

### L'"esprit varsovien" semble souffler à travers les époques...

Jusque dans le milieu des années soixante-dix, on rencontrait encore à la Polyclinique des personnes issues de la période espagnole, en particulier des infirmiers et infirmières. Le Dr Aczel se souvient les avoir connus tout jeune étudiant. En passant de la première, à la deuxième année de Médecine, il y avait la possibilité d'effectuer des remplacements infirmiers. « Ainsi, j'ai pu y travailler durant l'été 1962, dans le service de Médecine, sous le regard bienveillant de Valentine, Antonia, José, Maganto, Castro... Ils m'ont pratiquement tenu la main pour mes premiers gestes. Leur disponibilité pour les patients, leur dévouement, leur patience, leur fraternité avec les malades m'ont marqué pour la suite des études. Ils m'ont beaucoup appris en terme de prise en charge individuelle, notamment psychologique<sup>105</sup> ». [Petit aparté : ce propos du Dr Aczel m'a réellement troublé ; quarante-six ans plus tard, en 2008, je me suis retrouvé à sa place, en tant qu'externe. Les infirmières et infirmiers du service de Médecine (Viviane, Benoît, Amandine...) n'avaient plus rien d'espagnol, mais correspondaient exactement à cette description, dans leur manière d'être, de travailler et de transmettre leur savoir ! Il en était de même pour les médecins rencontrés (le Dr Uzan, le Dr Gaches, le Dr Marmet, le Dr Loup...). Comme si un souffle avait traversé le temps...]. Revenons aux années du Président de Gaulle : de nombreux carabins ne faisaient pas de stages pratiques avant la quatrième année. L'Hôpital Varsovie attirait alors de nombreux étudiants qui assistaient aux consultations du dispensaire ou suivaient les visites hospitalières dans les services. Selon le Dr Aczel beaucoup d'anciens étudiants ont gardé une amitié avec *Varsovie*. [Je peux en témoigner pour ma part].

Ainsi, la période d'accalmie n'aura pas duré si longtemps...

---

104 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

105 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

## **IV – Maintenir le cap dans de nouveaux horizons nouveaux**

### **A – 1976 – 1983 : questions d'orientations.**

La désillusion concernant la participation au Service Public hospitalier a gagné les esprits. Si les valeurs, défendues depuis toujours à l'HJD, sont en adéquation avec celles du secteur public – portant haut les couleurs de notre République –, pour autant les bénéfices escomptés ne sont pas au rendez-vous. Cette partie sera aussi une occasion de nous pencher sur le concept de la "naissance sans violence", sur la création de la Maternité de l'Hôpital avec les idées novatrices d'un gynécologue visionnaire, en avance sur son temps (dé-médicalisation des grossesses, positionnement original de la sage-femme et humanisation des naissances). En Gynécologie, la mise en place du Planning familial (information, éducation, contraception, IVG) complétera le tableau. La structure va poursuivre ses mutations (constructions, rénovations et réaménagements). Nous achèverons la période sur une véritable crise identitaire, avec en toile de fond une question de majeure : rester dans la lignée historique des Fondateurs, en pratiquant une médecine polyvalente, ou rompre le lien en se spécialisant. Cette agitation sera l'occasion de rappeler les valeurs et l'éthique de *Varsovie*.

### **L'arrivée de l'IVG : une avancée majeure de Santé publique et une véritable révolution culturelle pour la société française**

Dans un contexte très difficile (cf. Annexe 4, Avortement et maîtrise de la reproduction : un long combat historique, p. 212), et même contre une partie de son camp politique (usant parfois de méthodes abjectes et d'attaques personnelles nauséabondes), Madame Simone Veil, Ministre de la Santé, a dû faire preuve de courage, de force, d'opiniâtreté et d'intelligence stratégique, pour faire adopter, en 1975, la célèbre loi qui porte son nom. En effet, dans un vrai numéro d'équilibriste, Simone Veil avait évité les arguments féministes (portés notamment par sa collègue, Françoise Giroud, alors Secrétaire d'État chargée de la condition féminine du premier gouvernement Chirac), contre-productifs pour la Droite conservatrice ; elle ne s'était pas non plus laissé entraîner sur le champ de la morale et avait réussi à amener les débats sur celui de la Santé publique, sur la souffrance des femmes et les désastres humains et familiaux engendrés par les avortements sauvages (jeunes filles mises à la porte de chez elles, maris et enfants voyant leur femme et leur mère mourir...). C'était aussi une question d'injustice sociale (les femmes qui avaient les moyens avaient recours à l'avortement clandestin ou partaient à l'étranger), ce à quoi la Gauche – représentée par Gaston Defferre, Président du groupe socialiste à l'Assemblée Nationale, et par les communistes – était sensible. Enfin, pour conquérir le Centre, suspendu à la voix de l'Église, elle avait dû renoncer à

l'obligation, pour tout médecin, de réaliser des avortements (c'est la fameuse clause de conscience). Cette question de vie et de justice a profondément changé la société française. Cette loi Veil a été vécue comme une grande victoire par la majorité des femmes et par une proportion non négligeable d'hommes qui les soutenaient.

Joseph-Ducuing a souvent été un lieu de militantisme médical. En témoignent ses positions sur la maîtrise de la reproduction. Étienne-Émile Beaulieu, Professeur au Collège de France, est un pionnier en France, en terme de contraception et d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse). Il fait partie de ces personnes qui pensent que la Science progresse d'abord en fonction de la recherche scientifique et que la connaissance aide les hommes. En conséquence, les scientifiques participent, de façon décisive, à l'évolution d'une société. L'une de ses motivations fut de défendre la cause de la condition féminine, notamment à travers le problème de la maîtrise de la reproduction. La contraception pouvait donner à la femme la liberté et le choix de la maternité. Monsieur Radigales se rappelle que le Professeur Beaulieu, endocrinologue, est venu expérimenter l'IVG, avec l'équipe gynécologique de la Polyclinique de la rue Varsovie : « En 1975, la loi sur la planification et le conseil familial de Simone Veil venait d'être votée. La pilule abortive (RU486) fut expérimentée dans deux centres en France : à Paris, dans le service du Professeur Beaulieu, et à Toulouse, à la Polyclinique Joseph-Ducuing. Ce vieil hôpital, anciennement militaire, devenait avant-gardiste ! Nous avons donc monté la première plate-forme d'IVG sur la place toulousaine<sup>106</sup> ». Le service de Gynécologie de la Polyclinique a ainsi appliqué assez vite cette loi sur l'IVG. L'enjeu était d'accompagner au mieux les femmes, souvent en détresse, qui la demandaient. Un cadre rassurant, humain, sécurisé fut mis en place, avec la volonté de déculpabiliser et de soutenir les patientes. Cependant, un travail de prévention était nécessaire, en amont, pour éviter au maximum ces recours aux interruptions de grossesses, souvent vécues comme d'importants traumatismes, tant psychologiques que physiques. Un Centre de planification et d'éducation familiale a ainsi vu le jour pour s'occuper de contraception. Cette nouvelle activité de consultation a contribué à l'ouverture de l'Hôpital vers l'extérieur.

Le Dr Francis Saint-Dizier – retraité de l'Hôpital depuis 2011, il s'occupe encore des pathologies de l'adolescence, comme vacataire – se souvient de la période ayant précédé la légalisation sur l'IVG. Il était étudiant, appartenait au Mouvement pour la Libéralisation de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) : « Nous avons acheté un aspirateur médical en Angleterre, pour faire des IVG clandestines, dans un appartement de la Faourette, grâce à l'aide de gynécologues qui nous avaient appris à les faire. Notre filière a fini par être remontée, nous avons été condamnés (à pas grand chose car c'était peu de temps avant la loi Veil)<sup>107</sup> ».

---

106 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

107 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

### Le concept de "naissance sans violence"

Peu en vogue en France dans les années soixante-dix et quatre-vingts, la Maternité de Joseph-Ducuing s'est distinguée en s'appuyant sur une méthode développée par le Dr Frédérick Leboyer, en réaction à la médicalisation à outrance des grossesses et aux conséquences que cela engendre pour les mères, comme pour les nouveau-nés. Il a basé sa théorie en adoptant le point de vue du nourrisson (atypique pour le monde de l'obstétrique) : la pratique qui consiste à attraper le nouveau-né par les pieds et à le gifler s'apparente davantage à de la torture qu'à une prise en charge humaine de ce moment ô combien chargé de sens et d'émotions. Après trente ans d'accouchements à la chaîne, il décide de prendre du recul, reconsidère ses habitudes d'accoucheur. Il publie « Pour une naissance sans violence » en 1973. Pour le Dr Leboyer, seule la sécurité physique de l'enfant préoccupait la plupart des obstétriciens. Sa singularité a été de se pencher sur la souffrance du nourrisson. Et si la naissance s'avérait aussi abominable pour l'enfant que l'accouchement pour la mère ? On lui opposait que les nouveau-nés ne sentaient rien, étaient dénués de conscience (des nourrissons étaient encore opérés sans anesthésie à la fin du XX<sup>e</sup> siècle !). Mais en réalité, dès sa naissance, cet être a déjà les sens éveillés et perçoit sons, lumières, toucher... L'autre élément qui le dérangeait était la manipulation de ce petit d'Homme comme un objet et non comme un être. Or c'est un être de perception à qui l'on doit le même respect qu'à tout être humain. « L'enfant est le père de l'Homme » [tiré d'un poème, *The Rainbow, L'arc-en-ciel*, William Wordsworth, 1802] est repris par le Dr Leboyer qui l'interprète : « Si notre naissance avait été changée, si nous avions été reçus, rencontrés comme il faut, non pas comme des objets, mais comme des êtres, tout le déroulement de notre vie en serait changé... ». « Ce n'est pas la femme qui accouche mais l'enfant qui naît. Le fœtus veut naître et c'est lui qui déclenche l'accouchement, fait l'effort physique de sortir de l'utérus de sa mère. La femme ne fait que contribuer. C'est une aventure qui se vit à deux<sup>108</sup> ».

### Création de la Maternité par un visionnaire, en avance sur son temps, le Dr Baux

1977 voit l'ouverture de l'unité de Gynécologie-Obstétrique. Le Dr Baux, à l'origine de cette Maternité, a été le promoteur, à Toulouse, de l'accouchement "sans douleurs". Il a dû soutenir ce type d'accouchement contre une bonne partie du corps médical français et toulousain qui lui est tombée "sur le râble". Le Dr Aczel rapporte qu'une particularité de la Maternité de la Polyclinique Joseph-Ducuing était le positionnement en première ligne des sages-femmes ; le gynécologue-obstétricien n'étant appelé qu'en cas de besoin. Or, à l'époque, le médecin était normalement placé en premier interlocuteur, prenant toutes les décisions. La présence de la famille, aux côtés de la future mère, a également participé aux changements

---

108 Docteur Frédérick LEBOYER : *Pour une naissance sans violence* ; (Seuil, Paris, 1973).

d'habitudes. L'accouchement est ainsi peu à peu sorti de la médicalisation à outrance qui avait cours jusqu'alors. Cependant, le Dr Aczel affirme que la sécurité était préservée : « Il y avait une "chambre bleue" : un lit de deux mètres sur deux accueillait la parturiente, entourée ou non de ses proches, dans une ambiance feutrée (lumière tamisée, musique douce...). Cette pièce donnait sur une porte ouvrant sur un sas au-delà duquel se trouvait le bloc chirurgical. En cas de nécessité d'intervention médico-chirurgicale, la prise en charge était rapide<sup>109</sup> ». Le Dr J. Garipuy, dans sa thèse<sup>110</sup>, rapporte qu'il ne s'agit en aucune façon de contester l'apport des techniques modernes de dépistage, des conduites de grossesses à risque et des accouchements difficiles ; en revanche, la majeure partie des femmes enceintes doivent être vues comme des personnes non malades et la majorité des naissances comme des actes non-chirurgicaux (simplement naturels). Les femmes qui accouchent doivent se sentir aidées techniquement et humainement par des sages-femmes (cela passe notamment par les préparations à l'accouchement qui s'intéressent aussi bien au ressenti physique que psychologique). Malgré tout, si un incident survient, il doit pouvoir être résolu rapidement avec les meilleurs moyens pour une sécurité optimale. L'enjeu : trouver un bon équilibre entre une indispensable sécurité de base et une humanisation de la naissance. L'accueil de l'enfant est fondé sur les mêmes principes : si une intervention médicale immédiate n'est pas nécessaire il faut de la douceur dans les gestes, un contact précoce du nourrisson avec sa mère), un bain... La "naissance sans violence", perçue comme une originalité, s'est peu à peu généralisée à tout le territoire français, dans toutes les Maternités, niveau 3 comprises (CHU). « Nous nous sommes progressivement vus confrontés au suivi de grossesses diabétiques, de grossesses chez des patientes toxicomanes, de femmes ayant contracté le VIH, ou encore au suivi de grossesses chez des adolescentes... Là encore, Joseph-Ducuing devint un laboratoire des prises en charge compliquées<sup>111</sup> », témoigne M. Radigales. Grâce à tout cela, la Maternité de la Polyclinique Joseph-Ducuing s'est très vite démarquée, en Midi-Pyrénées. Elle s'est donné les moyens humains et matériels de mettre en place cette "naissance sans violence" et cette orientation s'est avérée être la bonne. « Cela a grandement participé à la renommée de l'Hôpital. Assez vite, à Toulouse et dans sa périphérie, les gens rapportaient souvent l'idée, dans des enquêtes, que l'HJD avait un service d'obstétrique d'avant-garde. La Médecine et la Chirurgie passaient en arrière plan alors que ces services ne déméritaient pas. La communication en revanche ne suivait pas toujours », se rappelle le Dr Aczel, pour qui le Dr Lapeyrère était grand chirurgien et excellent diagnosticien mais piètre communicant : si un patient demandait ce qu'on lui avait fait, il était capable de répondre : « Je vous ai fait ce qu'il fallait faire ». Le patient, inquiet : « Vous m'avez opéré ? ». Le Dr Lapeyrère : « Je vous ai opéré ». L'opéré, un brin curieux :

---

109 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

110 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 78.

111 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

« Que m'avez-vous enlevé ? ». Le chirurgien, perdant patience : « Ce qu'il fallait enlever ! »<sup>112</sup>.

### Poursuite des mutations de la structure

En 1979, la Polyclinique devient l'Hôpital Joseph-Ducuing.

En Février 1982, la poursuite du développement de l'établissement est votée en Commission Médicale d'Établissement (CME) : construction d'un bâtiment destiné aux archives, de locaux pour la Maternité et le Centre de Planification, de consultations externes ; rénovation du service de Chirurgie, réaménagement de la physiothérapie et du laboratoire ; enfin, aménagement d'une bibliothèque médicale, d'une salle de réunion, de locaux pour le personnel... Cette même année, la Société nouvelle Hôpital Varsovie est dissoute, après avoir fait don de ses biens (à titre gracieux) à l'Association des Amis de la Médecine Sociale, locataire et gestionnaire de l'Hôpital depuis 1955.

### Conflits internes et crise identitaire

La fin des années 1970 a été émaillée par des conflits internes : en 1978, deux licenciements amenèrent personnels et syndicats à recourir à la Justice. Deux ans après, un nouveau licenciement entraîna un mouvement de grève, quasi-unanime.

1983 est une année de transition : les salariés et les médecins de l'établissement, suite à une crise majeure, renouent avec une "tradition" de débats et de réflexions sur l'avenir de leur établissement. Le Dr D. Garipuy se souvient très bien de toute cette époque et témoigne en décembre 2013 de sa vision des faits : « Il y eut un grand débat à l'Hôpital. [L'élément déclencheur consistait au départ en retraite de deux médecins, piliers de l'établissement, le Dr Begat et le Dr Biart]. Il fallait les remplacer. Cela a été l'occasion de discussions passionnées sur les orientations à donner à la *Maison*. Il y avait deux voies possibles. La première : maintenir une orientation de Médecine Polyvalente. Dans une ville hospitalo-universitaire, ce n'était pas forcément évident, mais pour nous c'était une orientation intéressante. Deuxième option : faire une médecine plus spécialisée [en faisant appel à des confrères issus de filières hospitalo-universitaires]<sup>113</sup> ». L'unité qui existait s'est effritée, avec d'un côté les tenants de la spécialisation, qui se rangeaient derrière l'administration de tutelle, et de l'autre, ceux restant fidèles aux fondateurs, avec une volonté farouche de sauvegarder la vocation première de *Varsovie* (hôpital général polyvalent). Un débat vif, contradictoire, voire conflictuel et corrosif anima tout le personnel de l'Hôpital. On peut observer dans les archives de l'Hôpital (comptes rendus des Commissions médicales d'établissement, CME), en date du 16 février 1983, des échanges francs et directs : « Nous avons tous pu observer une hostilité incroyable du milieu

---

112 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

113 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

médical dans son ensemble, hors de rares exceptions, à l'égard de l'Hôpital Joseph-Ducuing. Pendant trente-cinq ans, il a fallu tenir un créneau politique, en raison du caractère même de la *Maison* à sa naissance et des années de Guerre froide », dit le Docteur Biart, qui poursuit : « si la *Maison* croit avoir gagné quelques lettres de noblesse, rien n'est acquis [...] nous portons toujours la "tâche originelle". [...] *Varsovie* a existé, soutenu par des mouvements militants de masse, par l'engagement politique de ses médecins et bien sûr, d'abord, par leur engagement médical. Il existait un consensus des gens de progrès et des laïques autour de cette *Maison*. Ceci appartient à un temps que l'on a un peu oublié. La Médecine, toute-puissante, refusait les tarifs de la Sécurité Sociale, refusait le tiers payant et était préoccupée essentiellement par des intérêts pécuniaires immédiats. Quand les gens autour de nous disent : « *Varsovie* n'est plus ce qu'il était », je crois que nous devons faire attention. Nous avons pourtant réalisé sur place un exemple ancien et toujours très solide de coexistence pacifique et cela n'a pas pour autant désarmé l'hostilité. Ce n'est pas en croyant se plonger dans les eaux salutaires du CHR (Centre hospitalier régional, ancienne dénomination du Centre hospitalier universitaire, CHU) que l'on sera lavé du "péché originel". J'estime que mon but n'a pas été pendant 35 ans, en menant des luttes difficiles, d'offrir sur un plateau deux postes à des médecins qui, quelles que soient leurs capacités techniques, sont dans le meilleur des cas totalement étrangers ou indifférents à notre engagement. Je crains que nous n'assistions finalement à une phagocytose de l'HJD par le CHR et que nous soyions témoins plus tard du petit jeu de népotisme qui ne manquera pas d'en découler ». Le Dr Garipuy poursuit son récit des faits : « Le choix de la direction avait été d'embaucher un neurologue et un gastro-entérologue venant du CHU. Sous-jacent, il y avait le débat fondamental de l'indépendance de l'Hôpital par rapport au CHU. Nous étions d'accord pour créer des liens avec le CHU (c'était ma position), mais pas pour devenir l'une de ses dépendances. Le Conseil d'Administration a choisi de recruter ces deux médecins ; alors, il y eut de grosses réunions syndicales, des assemblées générales du personnel (tout le monde était présent), des manifestations dans la cours du château...<sup>114</sup> ».

Le 16 avril 1983, une note des délégués du personnel du Comité d'entreprise est adressée au président de la CMC (Commission médicale consultative). Elle semble toujours d'actualité et sonne comme un véritable manifeste : « La vocation de notre établissement, l'image de marque qui a permis de gagner une place originale à Toulouse, c'est qu'il offre des services très diversifiés dans un cadre à échelle humaine, où le rapport personnel au malade garde la place centrale. Toute réflexion sur notre avenir doit partir de ces bases et la définition de créneaux d'activité ne saurait amputer notre pluridisciplinarité. Notre objectif n'est pas de rester figés sur le passé. Depuis 30 ans, l'Hôpital s'est transformé [...]. Il faut continuer, mais nous devons maintenir l'acquis, le développer. Nous apportons bien sûr à nos patients une

---

114 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

garantie technique indispensable en moyens matériels et humains, mais si nous n'avions fait que cela, nous n'aurions pas tenu face au CHR et aux cliniques privées. Les gens viennent chercher ici quelque chose de plus, ils ont avec nous un rapport de confiance basé sur notre conception de la Médecine et savent que nous sommes plus attentifs que beaucoup d'autres aux rapports avec nos malades, à l'ensemble de leurs problèmes humains, familiaux et sociaux. Notre démarche consiste à prendre en charge un patient dans la globalité [...] pas simplement à repérer un organe ou une fonction atteinte et à les réparer [...]. C'est une médecine qui prend le temps, pas uniquement celui de l'examen, mais celui aussi d'une appréhension globale, le temps de l'écoute, du dialogue. Pour le médecin, le temps de la patience, à l'opposé de l'image traditionnelle du médecin toujours pressé. [...] Nous n'exerçons pas une médecine de rendement, nous n'exerçons pas non plus une médecine où l'individu disparaît, où il n'a plus affaire qu'à des machines, à des blouses blanches. Ce sont les luttes qu'il a fallu mener pour nous imposer et dans lesquelles notre patientèle a joué son rôle, c'est le statut à but non lucratif de l'établissement, les liens qu'il a créés avec le mouvement mutualiste, la pratique du tiers-payant, le statut des médecins, salariés non rémunérés à l'acte ; c'est la structure de la *Maison* [...], l'engagement des employés, des médecins et de la direction qui ont permis tout cela. On entend les patients et les médecins dire : « *Varsovie* n'est plus comme avant, vous devenez comme les autres ». Si dégradation il y a, ce n'est pas au niveau du plateau technique ou des compétences médicales, mais bien à celui de ce type de rapport avec nos malades. [...] Notre créneau, notre engagement politique au sens le plus large, c'est une médecine de qualité, humaine, [...] où le rôle du travail en équipe est essentiel. [...] Le médecin généraliste traitant est en situation privilégiée pour réaliser cette synthèse, sans laquelle on n'évite pas les pièges de l'atomisation du malade. Ceci pose le problème de liens de collaboration plus étroits à avoir avec les médecins traitants qui nous adressent un malade en consultation ou en hospitalisation. Ceci pose aussi le problème de la place de la Médecine Générale dans notre établissement, tant au niveau des consultations que de l'hospitalisation. Une de nos spécificités est l'existence d'un service d'hospitalisation de Médecine Générale qui, par la diversité de son recrutement, n'a aucun équivalent à Toulouse, ni dans le privé, ni au CHR. C'est sans doute ce qui explique que ce service ait pu traverser ces années de crise en maintenant un taux record d'occupation (tout en diminuant la durée moyenne de séjour). Cette place de la Médecine Générale doit être maintenue, ce serait une erreur que de vouloir la réduire en réorientant son activité en fonction de nos créneaux chirurgicaux, en transformant les consultations en consultations de type Médecine Interne, qui sont, dans leur conception actuelle, des consultations hospitalières spécialisées. Cette optique est celle qui a présidé aux choix des remplaçants de Messieurs Biart et Begat. Les candidats ont été recrutés exclusivement sur titre, ce qui a éliminé d'emblée des généralistes connus et appréciés de l'établissement, ayant concrètement montré, par leurs

pratiques professionnelles, qu'ils se situent dans le cadre de nos engagements, de notre orientation. Nous pensons qu'une réflexion approfondie, de la part de la CMC et du CA (Conseil d'Administration), sur l'avenir de l'HJD aurait dû présider au choix des candidats. A contrario, il a été fait dans une hâte d'autant plus grande qu'il se heurtait à l'avis défavorable de l'équipe en place. C'est la première fois que cela se produit dans notre établissement [...]. Ces facteurs augurent mal de l'avenir ! D'autres problèmes se sont posés : celui d'une implantation insuffisante dans le quartier, d'un manque d'ouverture. Il nous faut améliorer les rapports avec les médecins du quartier qui, pour certains, voient en nous de dangereux concurrents. Pour avancer, nous devons aborder franchement le problème avec eux [...] ».

Finalement, le 30 juin 1983, une réunion est convoquée, à la demande des membres de la CMC, pour exiger une explication sur le malaise existant dans l'établissement à propos de la nomination, combattue par un certain nombre de médecins, de deux nouveaux médecins. Les contrats pré-signés ont été rompus après avis du CA, qui a jugé que les projets des deux médecins Chefs de Cliniques n'étaient pas conformes à ceux de la "*Maison*". Le Dr Garipuy confirme en 2013 que ses confrères et lui ont réussi à maintenir les orientations classiques de cet Hôpital, en faveur de la Médecine Polyvalente : « Les deux médecins furent "débauchés". A leur place, nous avons embauché deux médecins qui étaient dans le droit fil des orientations de *Varsovie* : le Dr Uzan et le Dr Saint-Dizier<sup>115</sup> ». L'Association des Amis de la Médecine Sociale affirme, en juin 1983, que « la Médecine se fait à travers des liens socio-culturels, et qu'elle n'est pas seulement une technique. Notre Association constitue un moyen de défense de la *Maison* et un moyen d'ouverture par les débats qu'elle peut créer ».

La pratique d'une Médecine Sociale consiste à atténuer les inégalités sociales pour que tout le monde soit à égalité devant la maladie. Cela s'est fait avec le tiers payant généralisé, avec la possibilité de prendre en charge les patients relevant de l'aide médicale (depuis la participation au Service Public hospitalier) et grâce aux conventions signées avec les caisses d'Assurance Maladie et les organismes mutualistes. Cependant, Médecine Sociale ne veut pas dire médecine de pauvre : il faut s'attacher à maintenir une équipe médico-chirurgicale de haut niveau, pourvue d'un plateau technique adapté. Dans les conclusions rendues par la Commission d'orientation est réaffirmée la mission de l'Hôpital, en référence à la "Charte de Santé" élaborée en 1982 par le Gouvernement : « L'hôpital général, dont le plateau technique et les équipes seront raisonnablement spécialisés, apportera une meilleure réponse à l'exigence de proximité et de sécurité, pour la grande majorité des besoins d'hospitalisation ». Une bonne partie du rapport de la Commission d'orientation reprend l'histoire de l'Hôpital, depuis sa création, en 1944. Cela témoigne de sa volonté de préserver sa personnalité propre. Si, à l'époque, l'évolution allait vers la spécialisation de pointe, pour l'HJD, les orientations de cette

---

115 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

Commission collaient à l'esprit des fondateurs de l'hôpital : rester à vocation généraliste, soigner tout le monde et traiter un éventail de pathologies le plus large possible.

### La prise en charge des personnes vulnérables : un enjeu éthique et de Santé publique

La Médecine Sociale, à Joseph-Ducuing, a toujours été une réalité. M. Roumy témoigne en novembre 2013 : « Notre Hôpital soignait à une époque plus de 20 % de patients précaires, bénéficiant notamment de la CMU (en comparaison, le CHU et Ambroise Paré en prenaient en charge 13% environ, et 4 à 5% pour les cliniques privées). Fait notable : à côté de la gare Matabiau, il y a une consultation de Médecins du Monde, avec un panneau qui affiche : « Quand la consultation est fermée, adressez-vous à l'Hôpital Joseph-Ducuing ». Quelque part, j'en suis fier !<sup>116</sup> ». En 2013, l'HJDV a accueilli 3,41% de patients bénéficiant de l'Aide Médicale d'État (AME) et 13,96% de la Couverture Maladie Universelle (CMU). NB : concernant le pourcentage d'AME, les données sont certainement sous-évaluées du fait que beaucoup de dossiers sont dans l'attente d'une réponse du pays d'origine<sup>117</sup>.

S'occuper correctement des personnes vulnérables et fragiles est un point majeur de l'Éthique médicale, un problème de premier plan en Santé publique et enfin une question clé pour une société qui se veut égalitaire et solidaire dans le domaine de la justice sociale. Les personnes âgées sont vues par certains comme un poids pour la société, les personnes atteintes de maladies mentales sont parfois considérées comme des menaces sociales ; ceux qui vivent en situation de grande précarité sont souvent mis au ban de l'univers économique de la société. Enfin, il y a l'étranger qui est vu volontiers comme un intrus et pas comme un travailleur potentiel... Or, la réflexion éthique doit justement se pencher sur la protection des plus faibles<sup>118</sup>. Un peu plus loin dans le récit, dans les parties concernées, nous verrons comment l'Éthique médicale se décline pour chacun de ces points.

### **B – Période de 1983 à 1990 : ébullition scientifique et intellectuelle.**

Au cours de cette période, nous constaterons les dernières influences du Parti Communiste Français sur les recrutements effectués au sein de l'établissement, avant que le CA ne se voie bouleversé (changement de présidence, modification de certains points de gouvernance...), et que la direction ne soit étoffée. Le mode de financement hospitalier va lui aussi subir des chamboulements. La pression des tutelles va s'exercer devant les déficits budgétaires constatés, avec l'équilibre financier pour objectif. Malgré tous ces changements, les innovations vont se poursuivre, le service de Médecine va se développer, se diversifier, un

---

116 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

117 Données recueillies auprès de Monsieur LUCIDO, responsable du Département d'Information Médicale (DIM).

118 Didier SICARD : *L'Éthique médicale et la bioéthique* ; (PUF, coll. "Que sais-je ?", Paris, 2013). p. 95-96.

projet de création de maison de retraite va voir le jour... Il s'agit d'une nouvelle période d'ébullition intellectuelle et scientifique avec l'apparition des premières personnes affectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec l'organisation illégale mais non clandestine de la prise en charge des toxicomanes. Ce sera donc aussi pour nous l'occasion de soulever de nouveaux problèmes éthiques (vieillesse, maltraitance, patients porteurs du VIH, toxicomanes, personnes en fin de vie...), au même rythme qu'ils se sont posés à Joseph-Ducuing. Dans l'établissement, vont apparaître de nouvelles activités de préparation à l'accouchement : la Maternité va devenir un véritable porte-étendard, une vitrine de l'Hôpital.

### Pratiquer une médecine polyvalente ou au contraire une médecine plus spécialisée ?

Cette question fondamentale s'est posée de manière récurrente dans l'histoire de Joseph-Ducuing-Varsovie, et se pose encore aujourd'hui, en 2014. Il y a trente ans, elle avait été tranchée non sans mal en faveur d'une médecine polyvalente.

Le Dr Aczel raconte qu'en octobre 1983, avec l'arrivée du Dr Marc Uzan, le service de Médecine s'oriente vers la Diabétologie, l'Endocrinologie et la Médecine Interne. Mais la Médecine Générale n'a pas été abandonnée pour autant : chaque médecin faisait de tout grâce à un système de rotation. Il régnait ainsi une saine émulation qui tirait le groupe vers le haut. M. Radigales se souvient : « L'apport du Dr Uzan a été très important en Endocrinologie et en Diabétologie. Venant d'une autre école (Paris), il nous a amené des points de vue et des prises en charges différents, avec des répercussions sur les services de Médecine et de Gynécologie-Obstétrique<sup>119</sup> ». Le Dr Uzan, à l'époque, n'avait aucune connaissance de cet hôpital – jusque-là, il avait fait toute sa carrière à l'Assistance Publique de Paris. Il avait seulement la notion d'un hôpital de petite taille et il connaissait l'implication du Parti Communiste à son égard. « Mon Clinicat à Paris se terminant, je devais trouver un emploi médical. Un soir de juin 1983, je fus contacté par un membre de la direction du Parti Communiste, auquel j'appartenais, qui me dit qu'un hôpital toulousain, géré par le Parti, cherchait un médecin. J'ai appelé le directeur, Jean Boulet, et je suis venu le rencontrer au mois d'août, ainsi que le Dr Biart, alors Chef du service de Médecine, et les Dr Aczel et Garipuy, membres de l'équipe. Finalement, après de longues réflexions et discussions, et après une période d'essai de quelques mois, décision a été prise de nous installer durablement à Toulouse avec ma femme. Je suis resté un peu plus de 27 ans dans cet établissement<sup>120</sup> ». En tant que Chef de Service, président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) pendant de nombreuses années, et membre du CA, le Dr Uzan aura été mêlé, de façon étroite, à toute l'histoire de cet Hôpital, entre 1983 et 2010.

L'hyper-spécialisation telle qu'elle existe dans les CHU ou dans certaines cliniques est

---

119 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

120 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

absolument nécessaire pour répondre aux progrès scientifiques et techniques des soixante dernières années, dans le champ de la Médecine et de la Chirurgie. De nombreux cas justifient des moyens diagnostiques et thérapeutiques de pointe. Mais l'activité d'un service de Médecine d'un hôpital général vient compléter cette haute technicité. Pour autant, les équipes médicale et chirurgicale de l'Hôpital Joseph-Ducuing avaient et ont toujours un haut niveau de formation et de compétence. L'intérêt d'un service de Médecine Générale, avec une activité diversifiée (Gériatrie, Pneumologie, Cardiologie, Diabétologie, Psychiatrie, Cancérologie, Addictologie...), réside dans l'approche globale de la personne malade et dans la vision d'ensemble de sa maladie, le tout améliorant nécessairement l'efficacité thérapeutique. Bien entendu, cela ne peut fonctionner que si l'équipe a un plateau technique suffisant et si elle est consciente de ses limites sur le plan des compétences. Autre intérêt majeur d'un service généraliste : mélanger les générations et les pathologies ; cela tend à améliorer l'état psychologique des patients. « De fait, si des "vieux" côtoient des "jeunes", si des patients dépressifs discutent avec d'autres patients, si les patients atteints de cancer ne sont pas tous ensemble dans une espèce d'antichambre de la mort, alors, chaque personne malade se retrouve dans des conditions plus proches de la réalité, d'un quotidien exempt de maladies, qui leur rappelle leur vie d'avant. Ceci n'est possible qu'avec la disponibilité, la formation et la volonté de toutes les équipes soignantes qui voient leurs efforts récompensés par une pratique variée et enrichissante sur les plans professionnels et humains », dit le Dr Saint-Dizier qui ajoute que l'une des grandes originalités de cet Hôpital est d'accueillir des patients qui ont des comorbidités importantes, notamment psychiatriques et somatiques : « Par exemple, pour une personne diabétique et schizophrène : à Toulouse, il n'y a que Joseph-Ducuing qui peut la recevoir (pas de diabétologue à Marchant, pas non plus de psychiatre en Diabétologie). Mais cela a été dur à faire accepter, y compris au sein de l'établissement (les patients psychiatriques étant parfois agités)<sup>121</sup> ».

1983, l'Hôpital cherche donc un deuxième médecin polyvalent pour s'occuper un peu des marges de la société. Ce sera le Dr Francis Saint-Dizier. En janvier 2014, il me raconte qu'il connaît l'Hôpital depuis 1965, pour des raisons militantes : « A l'époque, j'étais lycéen à Pierre-de-Fermat et membre des Jeunesses communistes. Nous avons voulu sortir un journal du lycée. Pour le financer, nous avons décidé d'aller "taper les riches", entre autres les médecins de *Varsovie*<sup>122</sup> ». A partir de 1967, il a étudié la Médecine et a connu les médecins de l'Hôpital Varsovie, où il avait l'habitude de se rendre fréquemment. Il s'est ensuite orienté vers la Psychiatrie. En octobre 1983, l'Hôpital est venu le chercher pour sa polyvalence et parce qu'il connaissait assez bien les populations atteintes du VIH (prostituées, toxicomanes,

---

121 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

122 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

homosexuels...) qui émergeaient à l'époque. « Je suis arrivé avec ma patientèle : toxicomanes, adolescents, anorexiques. Je m'occupais de pathologies de l'adolescence et d'Addictologie. Avec le Dr Garipuy, nous nous sommes spécialisés en sidénologie, en 1985, pour être performants en Infectiologie, notamment sur le VIH<sup>123</sup> ».

#### Un personnage important renforce l'équipe de direction de l'Hôpital : M. Cauquil

Il a eu connaissance de l'HJD à partir de 1968, dans le cadre d'une consultation médicale, en tant que patient. Il est venu y travailler parce qu'il venait de démissionner d'un emploi qui ne lui convenait plus (directeur technique industriel). Un poste de directeur-adjoint a été disponible à l'HJD. Il a postulé, a été embauché et a pris ses fonctions en octobre 1983. Ensuite, il a été nommé directeur de 1990 à 2000, avant de terminer sa carrière à mi-temps comme chargé de missions. « En tant que directeur, j'ai toujours considéré que je devais créer un environnement favorable à l'ensemble des salariés de la *Maison*. Je voulais être facilitateur de leur propre vie, y compris celle extérieure à l'établissement : si quelqu'un avait un problème familial, dans la mesure où il rendait le service qu'il devait rendre, je cherchais à l'arranger au mieux si cela ne portait pas préjudice à l'établissement. En revanche, si certains abusaient de leur pouvoir, ne remplissaient pas leur mission, mon rôle était de le leur dire et d'en tirer les conséquences. La très grande majorité des médecins ne comptait pas ses heures de travail, mais certains vacataires ne jouaient pas le jeu. Cela a été rare, mais nous avons dû nous séparer d'un ou deux médecins qui ne respectaient pas leur contrat de travail à temps-partiel (priviliégiant leurs activités extérieures plus lucratives). Une chose a toujours été importante à l'HJD : l'esprit d'équipe entre les personnels administratifs et soignants<sup>124</sup> ».

#### La prise en charge des personnes atteintes par le VIH

Le regard porté par la société sur les personnes affectées par ce virus de l'immunodéficience humaine a focalisé l'attention éthique, provoquant de nombreux débats. Le respect qu'ils étaient en droit d'attendre a très souvent fait place à une discrimination à peine cachée, parfois à un abandon, d'autres fois à un ostracisme. Certaines attitudes furent dignes de celles adoptées, à des époques que l'on croyait révolues, à l'égard des lépreux ou des pestiférés. Dès l'émergence de la maladie, certains prônaient le fait de rendre obligatoire le dépistage généralisé, d'isoler les malades dans des lazarets ; des équipes soignantes pratiquaient le dépistage à l'insu des personnes concernées. Dans une vraie psychose de la délation, les associations de malades ont fait preuve de vigilance pour éviter que de telles dérives ne perdurent ; d'autant que ces dérives n'auraient apporté qu'une protection fictive. Dans d'autres

---

123 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

124 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

pays que la France, la discrimination envers ces personnes pouvait se traduire par l'interdiction de franchissement des frontières (c'était le cas aux États-Unis d'Amérique, avant l'abolition de cette interdiction par le président Obama) et ce, au mépris des Droits de l'Homme<sup>125</sup> !

En 1983-1984, l'Hôpital Joseph-Ducuing accueille les premiers malades atteints de déficiences immunologiques. Alain Radigales se souvient : « Les Docteurs Saint-Dizier, Garipuy, Biart et Uzan ont commencé à s'occuper de ces patients atteints de déficiences immunitaires, liées au VIH. Nous avons fait les premiers tests expérimentaux, les premières "conneries" aussi : identifier la chambre, le dossier et les tubes du malade au laboratoire avec des pastilles rouges (alors qu'ils étaient moins contagieux que les tuberculeux ou les patients atteints d'hépatites B ou C, mais cela n'était pas encore su). On a donc fait l'apprentissage de l'impact de nos représentations. Nous avons vu venir les premiers patients atteints du VIH, au moins en même temps que le CHU, puisque nous étions plus près de la ville. Il y a eu des tensions importantes, en interne et en externe de l'Hôpital, concernant l'accueil de ces malades<sup>126</sup> ». Le Dr Saint-Dizier se rappelle de son côté : « En juin ou juillet 1983, nous avons vu arriver notre premier patient suspecté d'être atteint par le VIH ; c'était un cas atypique, n'appartenant pas aux populations à risque de l'époque. En octobre 1983, nous avons organisé la première réunion concernant le VIH à Toulouse avec le Professeur Willy Rozenbaum (codécouvreur du VIH avec l'équipe Luc Montagnier). Bien entendu, tous les infectiologues du CHU étaient venus pour y assister. Quand nous avons voulu aller dans la salle de réunion de l'Hôpital, elle était fermée à clé (volonté de la direction). Eh bien la réunion eut lieu sur les marches de l'escalier, dehors, avec une cinquantaine de personnes ! Cette anecdote souligne la capacité de Joseph-Ducuing à être en pointe sur des maladies émergentes, touchant notamment des populations marginalisées, paupérisées. Cela est dans la droite lignée espagnole de l'Hôpital et son caractère de lutte contre les résistances, y compris internes, en l'occurrence ici l'opposition de la direction<sup>127</sup> ». Le Dr Saint-Dizier poursuit l'évocation de ses souvenirs : « Le VIH a été pour nous un très long travail. Nous étions aux prémices des connaissances scientifiques ; elles arrivaient au compte-goutte (par la suite, tout le personnel a été formé). Avant les trithérapies, les patients atteints de VIH mouraient tous, même dans les sites les plus avant-gardistes, malgré tous les soins possibles : ils finissaient par succomber à l'une ou l'autre des infections opportunistes qui se succédaient dans la phase SIDA. Ces patients étaient souvent assez jeunes (25-35 ans). Cela impactait lourdement le personnel. Nous avons essayé d'insister sur l'accompagnement, et pour moi, ce n'est pas un hasard si les Soins Palliatifs sont arrivés, en premier sur la place toulousaine, à Joseph-Ducuing : nous étions légitimes pour nous en occuper. Nous avons ainsi monté une maison de convalescence, à côté de Font-

---

125 Didier SICARD, opus cité ; p. 101 à 104.

126 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

127 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

Romeu : une association s'occupait d'appartements thérapeutiques pour ces patients. Au début, des erreurs ont été commises et ce, dans tous les hôpitaux français. Les tubes des patients positifs pour le VIH étaient marqués par un point rouge, pour augmenter la vigilance du personnel afin d'éviter les contaminations possibles en se blessant. C'était une bêtise absolue : nous ignorions le statut de nombreux sujets atteints ce qui risquait de diminuer l'attention portée aux tubes non marqués et donc d'accroître les risques de contamination. Par ailleurs, l'éducation du personnel et du grand public a été primordiale : diffusion d'informations sur les modes de transmission de cette maladie (rapports sexuels, contaminations sanguines, et pas en serrant la main...). Quand le VIH a émergé, à Joseph-Ducuing, nous étions personnes ressources, du fait des populations que nous avons l'habitude de prendre en charge. Enfin, l'autre bataille, concernant le VIH, a été de ne pas stigmatiser les toxicomanes<sup>128</sup> ». Une infirmière, qui connaît l'HJD depuis la fin des années 1980, nous rapporte son vécu : « Dans le service de Médecine, nous avons connu la période "Sida". Nous recevions bon nombre de patients ayant développé la maladie, en particulier les toxicomanes, d'autres gens en marge de la société, puis les personnes homosexuelles et enfin hétérosexuelles. Nous n'avions pas reçu de réelle formation (les connaissances étaient réduites à la portion congrue et les traitements n'étaient pas au point), mais tout le personnel travaillait de concert. Ce fut une période dure à vivre car beaucoup de patients étaient jeunes, isolés, quelquefois en rupture avec leur famille ; nous étions souvent leurs seuls confidents. Des relations se sont établies avec eux : nous les suivions un certains temps (quelques semaines, mois, voire plusieurs années quand les trithérapies sont arrivées). Cette période nous a interpellés sur les capacités de notre société à faire face à l'émergence d'un nouveau problème de Santé publique<sup>129</sup> ».

#### Un nouveau visage, faisant aujourd'hui partie des cadres de l'établissement

Lors d'un entretien de janvier 2014, M. Christophe Paulo, cadre en Imagerie, me fait le récit de ses début à l'Hôpital : « En 1982, j'y ai été stagiaire manipulateur. Durant ce stage j'ai découvert une équipe assez restreinte, très conviviale et familiale, ce qui était en réel contraste avec ce que je pouvais voir au quotidien dans de plus grosses structures. L'HJD était une entité bien repérable qui m'avait interpellé. Je n'en avais aucune connaissance historique. En revanche, une fois que j'y suis entré, des annotations m'ont été données sur le contexte social et politique. On ne m'a jamais demandé quelles étaient mes opinions syndicales ou politiques (hors extrêmes, notamment à droite). Bien sûr nous partagions globalement les mêmes idées (démarche sociale, associative...). Le fait d'appartenir à une association loi 1901, n'est pas banal. La vocation sociale de l'Hôpital était connue et répandue jusque dans le Lot dont je suis

---

128 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

129 Une infirmière de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

originaire. Ma première motivation avait été de trouver un emploi dans un endroit qui me plaisait. Finalement mon souhait a été de rester à Ducuing, depuis le jour où j'y suis entré comme salarié, à partir de 1984 ; cela dure depuis trente ans...<sup>130</sup> ».

#### 1984 : la présidence du Conseil d'Administration change d'épaules

M. Michel Roumy qui, lors de notre entretien de novembre 2013, entamait sa trentième année au poste du président du CA, nous expose sa situation propre : « Je suis normand, j'arrive à Toulouse en 1980 sans rien connaître de cette ville. La guerre d'Espagne, la *Retirada*, l'immigration espagnole, son importance dans la ville rose (etc.) : je ne savais pas grand chose de tout cela, pas plus que je n'avais entendu parler de cet hôpital Joseph-Ducuing. Je le connais depuis 1984, année où l'on est venu me demander de devenir le président de son Conseil d'Administration ! Il y avait eu un conflit avec le précédent président, le Dr Tauber ; certains membres du CA cherchaient un tiers qui ne soit pas médecin pour le remplacer. J'étais chercheur au CNRS dans un laboratoire de médecine. Je n'avais aucune idée de ce qui m'attendait, de la complexité de la chose. Pour être franc, on est venu me chercher aussi parce que j'étais communiste. J'ai d'abord été très mal accueilli par les membres du corps médical qui n'avaient pas bien saisi qu'il était une chance pour eux que je ne sois pas médecin : je ne m'occupais pas du tout du versant médical. Avant moi, les recrutements étaient discutés en CME par le directeur et les médecins. Ensuite, il y avait un vote en Conseil d'Administration. A mon arrivée, j'ai délégué cette tâche au directeur et à la CME. Le CA est là pour veiller aux orientations fondamentales. L'Association, propriétaire de l'établissement, représente le dernier recours pour prendre des décisions. Si un jour il y a un conflit majeur entre le directeur et le CA, ce dernier étant le garant de l'éthique de l'Hôpital, le premier s'en va. La force de cet Hôpital est la bonne entente entre sa direction et son CA<sup>131</sup> ».

M. Gonzalvo, le directeur en exercice depuis 2010, revient, en 2014, sur la manière dont se font les embauches à l'Hôpital, ainsi que sur cette décision de M. Roumy de déléguer cette tâche au directeur et à la CME seuls : « J'ai une vision très claire et radicale. Pour moi, le CA n'a pas vocation à intervenir sur ces recrutements. Le CA donne les orientations stratégiques, doit vérifier que l'établissement, le directeur et les équipes soignantes les respectent (dans les valeurs défendues, les attitudes, les activités, etc.), pour assurer la pérennité de l'Hôpital. Le CA n'a pas à s'immiscer dans la gestion quotidienne, y compris dans les recrutements. Cela créerait des perturbations. Pour avoir vécu le fait qu'un CA s'occupe des embauches, je peux vous le dire : c'est catastrophique (copinage, clientélisme,...). A Joseph-Ducuing, le CA recevrait des pressions extérieures pour placer untel ou untel (c'était le cas

---

130 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

131 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

avant l'arrivée de M. Roumy). Avec un tiers, cela créerait de nouveau des rapports de forces, des conflits, du chantage... Ce tiers, en soutenant une partie, désavouerait l'autre. Le tout aboutirait à des situations de gouvernance insupportables entre la CME, le CA et la direction. Avec sagesse et intelligence, le président Roumy a souhaité casser cela et donner une légitimité au directeur pour pouvoir recruter, après avis de la CME. Je pense que c'est plus sain ainsi : il y a un arbitrage et une discussion entre les équipes médicales et la direction qui doivent arriver à un consensus. Cela oblige à s'entendre, à trouver des compromis. Quand nous recrutons un nouveau médecin, nous devons réunir trois critères : la compétence (diplômes, expérience...), la capacité de travail (si c'est pour avoir quelqu'un qui a des valeurs, mais qui est fainéant comme une couleuvre, cela ne nous avance pas), et enfin les valeurs et l'éthique. Dans ces choix, la dynamique de l'attelage médical et administratif permet de préserver une exigence maximale. C'est un gage de qualité de recrutement. Après, la chance qu'on a, qui nous permet cette exigence, c'est d'être situés à Toulouse, et comme par ailleurs nous avons déjà en place de très bonnes équipes... Inévitablement, le tout est attractif<sup>132</sup> ».

#### La prise en charge des toxicomanes

Selon Monsieur Radigales, tout un travail a été fait sur la Toxicomanie car personne ne voulait s'en occuper. Ce n'était ni de la Psychiatrie, ni du somatique, ni un problème social hors champ de la Médecine. Il fallait mettre une chape de plomb sur la réalité de ces pratiques. « A l'Hôpital, nous avons commencé à apporter des réponses, d'abord de façon empirique, puis en faisant appel à des relais comme Claude Olievenstein, un psychiatre spécialisé dans le domaine<sup>133</sup> ». Cet homme a en effet changé l'approche de la Toxicomanie. « Il n'y a pas de drogués heureux », rappelait-il en 1977. Dans les années 1970, la quasi-totalité du monde médical s'opposait à faire entrer cette discipline dans le giron médical, pour le laisser au domaine social. Le jugement négatif porté par la société à leur égard les repoussait davantage encore à la marge. Seule l'abstinence au produit était concevable pour lier un dialogue, apporter une écoute et des soins. Claude Olievenstein, surnommé le « psy des toxicos », avait cette formule pour résumer son approche : « La Toxicomanie, c'est la rencontre d'un être humain avec un produit donné, à un moment donné<sup>134</sup> ». Ce n'était donc, ni un problème de morale, ni une question de repentance préalable pour lier un contact et leur venir en aide. En 1971, il fonda l'hôpital Marmottan, à Paris, pour instaurer une relation de confiance avec les patients, pour dialoguer, alors qu'un mouvement, dans l'opinion publique, s'était ému de la mort de jeunes par overdoses. Pendant cette période, en France, le tout répressif était en vogue. La loi

---

132 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

133 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

134 Claude OLIEVENSTEIN : "**Toxicomanie**" ; *L'Humanité* ([www.humanite.fr/](http://www.humanite.fr/)), 10/03/1998 ; *L'Express* ([www.lexpress.fr/](http://www.lexpress.fr/)), 15/12/2008 ; *Le Monde* ([www.lemonde.fr/](http://www.lemonde.fr/)), 15/12/2008.

de décembre 1970, sur la Toxicomanie, faisait du toxicomane un malade la première fois, un délinquant la deuxième ! En 1984, au début de l'épidémie de SIDA, il demanda la mise en place d'un programme d'échange de seringues [le mode de transmission du VIH, lié au partage de seringues souillées, a été mis en évidence dès 1981<sup>135</sup>]. Mais ce programme d'échange de seringues ne fut mis en place qu'en 1987, par Michèle Barzach, Ministre de la Santé et de la Famille dans le second Gouvernement Chirac (1986 à 1988).

Les seringues ont alors été en vente libre dans les pharmacies pour limiter la contamination des toxicomanes par le VIH et le virus de l'hépatite C. Un an avant, Madame Barzach, en opposition avec la plupart de ceux de son camp, souhaitait faire la promotion et la publicité du préservatif, en faisant voter une loi pour enrayer la contamination par le VIH (publicité interdite depuis longtemps, car le préservatif est considéré alors comme un anti-conceptionnel). En revanche, Claude Olievenstein ne suivait pas les "dealers en blouse blanche" : il se refusait à utiliser les produits de substitution (méthadone), pour la prise en charge des toxicomanes. A Toulouse, le premier réseau de Toxicomanie est parti de Joseph-Ducuing ! Si le sevrage de l'addiction à l'éthylisme chronique y était déjà traité depuis longtemps, à partir de 1984, l'HJD accueille des toxicomanes pour réaliser leur sevrage. Mais l'entrée de cette nouvelle activité dans le service de Médecine n'a été simple, ni pour les soignants, ni pour les autres patients, ni pour l'administration de l'établissement. A l'époque les toxicomanes n'étaient pas toujours vus comme des malades comme les autres (c'est encore la cas aujourd'hui). Des efforts de compréhension, d'apaisement des tensions, de désamorçage de réactions agressives ont été nécessaires. En règle générale, la demande de sevrage doit être libre, faite par le toxicomane lui-même, ceci étant un gage d'efficacité thérapeutique. Dans le cadre de l'urgence, la question est différente car il peut alors s'agir d'un état relevant d'une urgence médicale, psychiatrique, justifiant une prise en charge sur le champ, ou bien d'un état de détresse nécessitant une écoute (sans urgence de sevrage ou de manque) ; ce dernier cas n'est pas évident car il est souvent fait appel au chantage. Il peut y avoir une ambivalence entre l'envie de se soigner et l'envie de continuer à se droguer, c'est ce qui rend ce domaine particulièrement compliqué à prendre en charge. Une hospitalisation pour sevrage repose sur un contrat entre le toxicomane et le médecin qui implique l'arrêt immédiat et total de prise de drogue dès le début. Les sorties, les visites, le cadre de prescription des médicaments de substitution sont préalablement définis. Une rupture de contrat est un échec, les soignants y sont préparés et ne doivent pas être amenés à rejeter définitivement le patient qui se sentirait exclu. Un ou plusieurs échecs ne doivent pas conduire à un renoncement définitif du malade ou de l'équipe médicale. L'addiction est une vraie maladie qui comprend entre autre le phénomène

---

135 Nathalie FRYDMAN et Hélène MARTINEAU : *La Drogue, où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogue et de toxicomanie* ; (La Documentation française, Paris, 1998).

de rechute.

Le Dr Daniel Garipuy explique que l'intérêt, pour les patients toxicomanes, est que l'HJD peut tout prendre en charge dans le même service (problèmes somatiques et sevrage de l'addiction). Autre intérêt : ils n'y sont pas stigmatisés, l'ensemble du personnel ayant une bonne expérience d'accueil de cette patientèle dont il est parfois compliqué de s'occuper. Ils savent qu'ils y seront bien accueillis. Il poursuit : « Quand un toxicomane arrivait dans un hôpital, il était en manque au bout de huit heures. A Joseph-Ducuing, quand il arrivait pour un problème somatique, nous lui donnions de la morphine, donc il restait à l'Hôpital. Cette pratique était illégale – les traitements de substitution n'existaient pas encore en France. Le même patient, dans une autre structure, ne se voyait pas administrer d'opiacés : nécessairement, il faisait un syndrome de sevrage, devenait infernal, cassait tout... On le séchait avec des neuroleptiques et dès qu'il sortait, il reprenait son héroïne. De toute façon, son propos n'était pas de venir pour arrêter de se droguer mais parce qu'il avait tel problème médical. Nous avons compris cela avant beaucoup d'autres. A Toulouse, notre position a été vite connue (« l'Hôpital des toxicos »). Avant les autorisations de mise sur le marché des traitements de substitution des opiacés, nous avons créé un réseau avec des médecins traitants pour le mettre en place en externe, avec des protocoles, etc. C'était illégal mais toléré : le Conseil de l'Ordre et la DDASS n'avaient pas voulu nous couvrir, ce qui se comprend, mais ils savaient que nous le faisons en groupe constitué et que les dossiers étaient discutés collectivement. Grâce à cela le réseau PASSAGE verra le jour quelques années plus tard. L'avenir nous a donné raison ! Heureusement, aujourd'hui, c'est une évidence pour tout le monde<sup>136</sup> ». Le Dr Saint-Dizier témoigne : « A partir du moment où nous avons été persuadés qu'il fallait appliquer les traitements de substitution pour les toxicomanes, pour soigner ces personnes et améliorer leur qualité de vie, nous les avons utilisés. Cependant, un jour nous nous sommes fait "piquer" ! La Sécurité Sociale a fini par nous tomber dessus (nous avons été dénoncés, y compris dans les journaux). Nous étions en avance sur ce sujet, mais il fallait le faire, c'était notre devoir !<sup>137</sup> ».

L'intérêt d'être pris en charge dans un service généraliste réside dans le fait que la même équipe peut s'occuper de plusieurs pathologies ; de fait dans les années 1984-1985, plus du tiers des toxicomanes hospitalisés à Joseph-Ducuing étaient séropositifs pour le VIH. Il s'agissait alors d'assurer en même temps le sevrage, qui pouvait se faire dans un service de Psychiatrie, tout en traitant les affections liées au SIDA qui étaient traitées habituellement en Infectiologie.

Avec la prise en charge de la Toxicomanie et des addictions, certains problèmes d'ordre éthique ont été soulevés plus haut ; nous ne revenons pas dessus. Mais de manière plus générale, en Psychiatrie, pour les patients souffrant de maladies mentales, voyons ce que dit

---

136 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

137 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

l'Éthique médicale, lorsqu'elle s'applique à cette spécialité. Le sujet n'intéresse la société civile qu'à travers des faits divers souvent tragiques : « Que faire de ces "individus" ? » « Les enfermer ou les mettre hors d'état de nuire ? ». Les gens qui pensent cela oublient qu'une pathologie mentale est une souffrance en premier lieu. Si certains cas de violence irresponsable justifient des situations d'internement d'office, l'approche purement sécuritaire est antithétique à l'Éthique. Le principe de précaution est souvent employé pour protéger la responsabilité des équipes soignantes, au détriment des intérêts de la personne concernée. Enfermer un malade psychiatrique n'est pas contraire à l'Éthique mais constitue toujours une crainte sur la façon dont cette personne, privée de liberté, sera respectée. Dans l'Histoire, cette spécialité médicale hautement complexe qu'est la Psychiatrie, a souvent été tiraillée entre la répression, l'enfermement et l'ouverture des établissements. Le problème majeur reste celui du transfert des malades mentaux, d'un milieu hospitalier, vers un univers carcéral absolument inadapté à toute prise en charge thérapeutique, a fortiori psychiatrique<sup>138</sup>.

#### Changements du mode de financement des établissements PSPH ou ESPIC

Les établissements publics de santé et les établissements privés participant au Service Public hospitalier étaient dotés, depuis 1983, d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, appelée dotation globale. Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation. Pour le Dr Uzan, l'arrivée du Budget Global correspond au début de l'encadrement budgétaire des hôpitaux : « Auparavant, lorsque nous avions des difficultés pour équilibrer notre budget, il nous suffisait de demander au Préfet une autorisation d'augmenter le prix de journée, ce qui nous était toujours accordé. A partir de cette date, toute l'activité de l'Hôpital se déroulera sous la menace du déficit budgétaire, avec l'obsession de l'équilibre financier<sup>139</sup> ». M. Cauquil se souvient qu'avant cette dotation globale, il y avait un financement au prix de journée : « Un patient, après une opération, pouvait rester plus ou moins longtemps dans le service ; mais il y avait un biais, posant des problèmes d'ordre éthique : plus une personne restait hospitalisée, plus la structure se voyait rémunérée. Ensuite, quand nous sommes passés au budget global, le raisonnement a été différent : « Faites le maximum avec ce qu'on vous donne », nous disaient les tutelles<sup>140</sup> ». En janvier 1985, ce nouveau mode de financement hospitalier entre en vigueur : la dotation globale est versée chaque mois et possède un caractère provisoire, car lié à l'activité. Le but de cette évolution était d'améliorer la maîtrise des dépenses de santé. Pourtant, M. Paulo se souvient que cette maîtrise n'était guère au rendez-

---

138 Didier SICARD, opus cité ; p. 97.

139 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

140 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

vous : « il y avait toujours des dépassements de budget. Chaque année, nous avions droit à des retours nous indiquant que cette fois c'était fini, que nous étions mal financièrement ; mais nous avions des rallonges à chaque fin d'exercice<sup>141</sup> ». Le Dr Uzan confirme qu'aux alentours de Noël, une dotation in extremis permettaient d'équilibrer les comptes.

### Le projet de maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD)

Au milieu des années quatre-vingt, l'accueil des personnes âgées est une priorité nationale. Le déficit en lits pour personnes âgées s'élevait alors à environ 1150 en Haute-Garonne. En réponse, il est défini, en 1986, un projet de création d'une maison de retraite. 3000 m<sup>2</sup> sont achetés par l'Association, sur un terrain adjacent, pour réaliser cette MAPAD.

Appliquons maintenant l'Éthique médicale<sup>142</sup> au cas des personnes âgées : la médecine technique a du mal à s'adapter à la poly-pathologie due au vieillissement. Par ailleurs, cette même discipline supporte mal le fait de ne pas afficher d'objectifs de guérison (simplement d'amélioration). Pourtant, ces personnes ont le même besoin de soulagement et de respect. Il est primordial de se pencher sur le sujet parce que l'hôpital en général sera "gériatrique" ou ne sera plus (ou alors une sorte d'hospice pour personnes abandonnées) ; c'est la logique implacable de notre démographie à venir (la France comptait 150 centenaires en 1950 ; elle devrait en dénombrer 150 000 en 2050<sup>143</sup> !) Une personne atteinte de démence de type Alzheimer ne doit, ni être infantilisée, ni être traitée comme un corps devenu sans esprit : elle peut avoir des traces d'une mémoire, avoir conscience du présent.

Michel Roumy rapporte la manière dont cette maison de retraite avait été pensée : le but était d'offrir des conditions de séjour respectant la personne, avec la plus grande liberté possible, le tout compatible avec l'état de santé des pensionnaires ; et faire du mieux possible, au meilleur tarif. « Malheureusement, c'était déjà trop cher pour être accessible à tous (environ 2000 euros par mois). Après, il n'est pas toujours simple de contenter tout le monde : je me souviens d'une patiente, atteinte d'Alzheimer, dont la fille refusait qu'elle soit admise en unité fermée spécialisée. Un jour, la patiente est sortie seule en ville. Elle est tombée, a été hospitalisée... Sa fille m'a demandé de fermer les portes de la maison de retraite. Mais comment faire avec les personnes valides, avec de bonnes fonctions cognitives ? Fallait-il enfermer tout le monde ? Cette éthique fait que nous existons encore aujourd'hui<sup>144</sup> ». De son côté, le Dr Saint-Dizier a suivi ce projet de près. Il s'était déplacé en Suisse, pour voir ce qui se faisait en terme de maisons de retraite. En France, selon lui, les règlements intérieurs de ces structures étaient pires que ceux des collègues ! « C'est une maltraitance terrible : il est interdit

---

141 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

142 Didier SICARD, opus cité ; p. 96.

143 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* ; (PUF, collection "Que sais-je ?", Paris, 2011). p. 73.

144 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

de jouer à des jeux d'argent, il est interdit de boire de l'alcool, la porte doit être fermée à clé, les visites sont parfois réglementées, etc.. La maison de retraite de l'Hôpital, même si elle n'a pas accepté toutes nos propositions d'ouverture maximale, est moins maltraitante que beaucoup d'autres à Toulouse. Les occupants et leur famille le disent. Les patients atteints de démence, en phase terminale, posent de nombreux problèmes. La maltraitance relative de la très grande vieillesse, très dépendante, est un scandale médical, social, éthique et économique. Il faut arrêter cela ! Si nous gardons un système maltraitant pour les pensionnaires, tout en sachant qu'il est extrêmement rentable pour les grands groupes, alors nous serons leurs complices ! Les fonds de pensions ont inventé des machines-à-sous que l'on appelle des maison de retraite ! », s'insurge-t-il avant de poursuivre : « Cette forme de maltraitance doit nous poser des problèmes d'ordre éthique : être plus humain et moins maltraitant est un grand chantier d'avenir !<sup>145</sup> ».

### La question de la fin de vie

Pour rebondir sur ce témoignage traitant de fin de vie et de maltraitance, voici un sujet de société qui préoccupe depuis longtemps l'HJD. Le Professeur Marmet nous apporte son éclairage, en 2013 : « Dans la population générale, chez les soignants en particulier, il y a une méconnaissance quasi-complète de ce qu'il est possible de faire. La loi Leonetti est interprétée, la plupart du temps, de manière erronée. Le débat sur la fin de vie doit avoir lieu. Un petit nombre de personnes revendiquent le fait de pouvoir choisir de mettre fin à leurs jours. Actuellement, l'assistance au suicide n'est pas punissable dans la Loi française : elle ne punit que la promotion du suicide (mais on peut être incriminé pour non-assistance à personne en danger). En l'occurrence, il est possible "d'aider quelqu'un", mais cela se fait dans des conditions sordides. Que l'on encadre cette assistance, s'il y a des gens qui veulent le faire, serait nécessaire, si l'on veut prendre en compte que cela se fait actuellement dans de mauvaises conditions. L'encadrer médicalement est autre chose. L'idée que l'on puisse revendiquer des libertés, pour convenance personnelle, est respectable, mais qu'ensuite on mette la pression sur les médecins, dont on dit, par ailleurs, qu'on ne peut pas leur faire confiance parce qu'ils sont dans l'obstination thérapeutique, est paradoxal ! Il ne faut pas mélanger les choses. Un médecin n'est pas là pour mettre fin à des vies. S'il y a des gens qui veulent maîtriser la survenue de leur mort, on peut l'entendre et le respecter : que quelqu'un ait le sentiment que sa dignité soit atteinte par la maladie et qu'il en éprouve de la souffrance, au point que cela devienne insupportable, il faut l'entendre et en parler. Mais qu'on ne demande pas aux médecins de donner la mort (leur art doit se consacrer à guérir, à soulager des symptômes, à prendre soin des personnes) !<sup>146</sup> »

---

145 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

146 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

« La question est posée de créer une "exception d'euthanasie"<sup>147</sup>, sous l'argument qu'une partie de ces personnes pourraient avoir demandé une fin de vie à l'avance et, le moment venu, seraient incapables de mettre fin elles-mêmes à leurs jours. Or, si l'on observe les demandes de fin de vie, beaucoup changent d'avis au bout d'un certain temps: des études montrent qu'environ 50% de ceux qui font une demande reviennent sur leur choix<sup>148</sup>. Il est constaté, pour les gens qui n'ont plus la capacité de s'exprimer à la fin de leur vie, que c'est plutôt la famille qui met la pression sur les équipes de soins pour "accélérer les choses". Cette "exception d'euthanasie" pose un problème supplémentaire : existe-t-il des arguments suffisants pour qu'on puisse transgresser l'interdit du meurtre ? Franchir cet interdit interroge sur un risque de fuite en avant. Des constats étayaient cette inquiétude : on va pouvoir euthanasier des enfants en fin de vie, à la demande des parents, en Belgique ; dans les Pays-Bas, sont à l'étude 24 projets d'extension de l'euthanasie, comme pour les personnes âgées atteintes de démences séniles...

Les pratiques soignantes sont parfois qualifiées d'hypocrites. Le problème est le suivant : chaque année en France, le nombre de passages à l'acte de soignants, pour mettre fin aux jours de personnes qui l'ont demandé ou pas, augmente. Il y a, parmi ceux-là, les actes de médecins qui sont dans une posture de toute-puissance. Mais ce n'est pas si simple : il y a deux ans, une thèse traitait de ce sujet chez les internes en Médecine Générale. Résultats : un sur deux était favorable à une dépénalisation de l'euthanasie, non pas parce qu'ils trouvaient ça bien, mais par défaut, parce qu'ils avaient été mal encadrés, que cela avait été pour eux une vraie souffrance de voir des gens souffrir et de se sentir impuissants ; s'il n'y avait rien à faire, il valait mieux mettre fin à cette souffrance, par défaut, « même si ce n'est pas bien de penser cela », reconnaissaient-ils. Ce n'est pas de l'hypocrisie, c'est humain : une des réactions possibles, quand quelque chose est insupportable, est le passage à l'acte ! Cela nous oblige à prendre des dispositions pour éviter qu'un soignant ne passe à l'acte.

Aujourd'hui, bien qu'il faille en parler, nous faisons beaucoup de bruit sur le "suicide assisté" et l'euthanasie, mais cela ne concernerait que 2 000 à 5 000 personnes par an en France<sup>149</sup>. Que fait-on du fait que seulement 20% des 500 000 personnes en fin de vie, chaque année, accèdent à des soins palliatifs (pas toujours avec qualité) ? Les gens commencent à le comprendre : l'avis citoyen, récemment rendu, témoigne de la nécessité de développer les soins palliatifs et la formation, d'en faire une grande cause nationale et de se donner les moyens de l'étendre pour que toutes les personnes en fin de vie puissent y avoir équitablement accès. Le préambule de l'avis citoyen souligne les problèmes soulevés par cette question.

Dans "*La République*", Platon évoque la question de "vies ne valant pas d'être vécues" :

---

147 Avis citoyen du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE).

148 Cf. Rapport SICARD à propos d'études en Hollande et dans le Wisconsin, deux lieux ayant autorisé une pratique de l'euthanasie et/ou du suicide assisté.

149 Étude de l'Institut National d'Études Démographiques (INED).

« Il reviendra aux juges et aux prêtres de convaincre ces personnes-là de se laisser mourir en arrêtant de manger ou en sommeil provoqué » et il sera demandé aux médecins de ne pas s'obstiner à les faire vivre. Sommeil et mort sont très liés. De manière inconsciente, nous avons retenu des choses à propos des mythes : morphine tire son nom de Morphée (le dieu qui fait faire de beaux rêves), frère jumeau de Thanatos (la mort), tous les deux étant les fils d'Hypnos (le dieu du sommeil). Comment s'étonner que la morphine soit associée à la mort, alors que nous devrions l'associer aux beaux rêves, par ailleurs recherchés par les toxicomanes. Stricto sensu, euthanasie signifie la bonne mort, dès le II<sup>e</sup> siècle, mais peu à peu, avec le temps, la définition est devenue « mort survenant en sommeil provoqué ». Aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles, il a été rajouté que ceux qui en relevaient étaient ceux pour lesquels « la vie ne valait pas d'être vécue ». En 1982, dans le dictionnaire Littré, la définition de l'euthanasie était la suivante : « Mort survenant par l'utilisation de la morphine et des barbituriques. Est interdite par la Loi ». Comment utiliser la morphine, à visée antalgique, après une telle définition ? Elle sous-entend que la morphine est le médicament de l'euthanasie, ce qui est une aberration totale ! Et cela a retardé une prise en charge efficiente de la douleur en France, surtout en comparaison avec ce qui se faisait ailleurs. Ce lien étroit, entre la sédation et la possibilité qu'elle conduise à la mort, fait que l'on doit être prudent pour parler de cela avec les patients, parce que, finalement, ils finissent par avoir peur du sommeil. Paradoxalement, la mort "idéale", pour la plupart, serait celle qui surviendrait durant le sommeil<sup>150</sup> ».

En complément des propos du Professeur Marmet, voyons maintenant comment l'Éthique médicale aborde ce sujet délicat de la fin de vie. De nos jours, le mourant est privé de sa mort ; celle-ci doit être discrète, mise à distance de l'espace social quotidien. « Un enfant d'aujourd'hui n'a jamais vu ni naître ni mourir. Il a vu quelqu'un partir à l'hôpital et n'en jamais revenir ou bien revenir avec un vivant de plus »<sup>151</sup>. On vit plus longtemps et, de plus en plus, l'accent est mis sur la qualité de vie. En revanche, on meurt seul et on tient peu cas de la qualité de mourir<sup>152</sup>. L'émergence des progrès de la Science médicale a fait que, peu à peu, l'imaginaire collectif s'est mis à croire que cette médecine avait triomphé de la mort. Les rites publics, qui rythmaient auparavant la vie sociale, ont alors petit à petit disparu et la mort est devenue un échec insupportable de la Médecine (voire une faute médicale...), ou un accident de la vie. Le Professeur Sicard rapporte d'un de ses étudiants qu'« autrefois les gens mouraient plus souvent ». Ceci illustre la vision contemporaine de la mort : mourir n'est plus l'affaire de la Nature, de la Vie, mais celle de la Médecine. Cette dernière est devenue indispensable pour le meilleur (la conception, la naissance...) et pour le pire. Pour le pire parce que si la Médecine se sait impuissante, dans certains cas, elle pourrait avoir un minimum d'élégance pour éviter de

---

150 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

151 P. ARIÈS : *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* ; (Plon, Paris, 1960 et Points Histoire 2014).

152 Didier SICARD, opus cité ; p. 87.

s'attarder sur son constat d'échec en accélérant le processus terminal [à prendre sur le ton de l'ironie, bien entendu]<sup>153</sup> ; c'est ce que certains pensent dans la société. La Médecine aurait donc acquis le pouvoir de donner ou de ne pas donner la vie, comme la mort...

Dans ce même temps, les médecins se sentent assiégés par l'intrusion de débats sur les coûts économiques, certes exorbitants, des traitements innovants de la fin de vie, ainsi que par le droit, justement reconnu, des patients à exercer leur jugement propre sur les maladies dont ils souffrent. Cela devient alors compliqué de confronter le projet médical du soignant à celui d'un patient ne saisissant par toujours les enjeux ou encore à celui d'une famille qui a parfois des idées opposées ou mêlées d'arrière-pensées. C'est d'autant moins facile qu'en outre, les administrations demandent à leur tour des comptes sur le rapport coût /efficacité. Dans ce contexte, nous arrivons au débat sur l'euthanasie. Le traitement médiatique amplifie considérablement le phénomène et, pour peu que la société civile et le Président de la République soient interpellés, c'est toute l'opinion qui s'enflamme et se déchire entre les tenants du "pour" et ceux du "contre" l'euthanasie active. Les "pour" (représentés par l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, l'ADMD) considèrent que l'agonie est indigne de l'humanité et que la dignité est préservée si l'on demande ou si l'on accepte l'euthanasie. Les "contre" le sont de principe, au nom de valeurs et pour éviter une fuite en avant avec des risques importants de dérives (extension généralisée de l'euthanasie à de nombreux cas, business très lucratif pour les médecins tout en étant économiquement très rentable pour le système de santé). Pendant longtemps, la Médecine a oscillé entre, d'une part, des pratiques d'euthanasie clandestine réalisées par des médecins seuls et, d'autre part, "l'acharnement thérapeutique" pratiqué davantage par la crainte omniprésente du médico-légal (ne pas avoir tout fait pour sauver le mourant) que par adhésion idéologique. Pour les religions, enfin, l'euthanasie est un interdit absolu : interdiction du meurtre et caractère sacré du corps humain. La Médecine est prise à partie entre une tension de plus en plus palpable dans la société et la pression de plus en plus grandissante des Pouvoirs Publics<sup>154</sup> .

En 2000, le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique), dans son avis 63, avait rappelé le rôle primordial des soins palliatifs et ouvert la porte en de rares cas à "l'exception d'euthanasie", position qui a entraîné de nombreux commentaires, comme si le CCNE venait de recommander l'euthanasie ! Or, il n'en était rien. Ce Comité voulait prendre en compte la réalité, considérant que des personnes avaient le droit de vouloir que leur fin de vie survienne avant que la Nature n'en décide. Si la Médecine devait concourir à cette fin, le Comité soulignait qu'elle ne devait le faire que dans la transparence la plus totale, en associant la personne, sa famille, la Médecine et la Loi. A ce titre, la Justice ne devait pas se saisir de cette

---

153 Didier SICARD, opus cité ; p. 88.

154 Didier SICARD, opus cité ; p. 89-90.

question en la qualifiant de meurtre (avec la menace d'un passage en cour d'assises pour le médecin) ; en revanche, la Justice devait être avertie de ce qui s'était passé et devait accepter que le principe "d'exception d'euthanasie" arrête la procédure. Les juristes et le législateur n'ont pas suivi ces recommandations et réflexions ; il fallut attendre cinq ans, avec la loi Leonetti (2005), pour trouver une solution d'équilibre et protéger le médecin de l'obligation "d'acharnement thérapeutique", qualifiée "d'obstination déraisonnable". Le malade, quant à lui, est placé au centre de la question : son avis l'emporte sur tout autre. Il peut refuser un traitement et même des soins comme la nutrition et l'hydratation. Quel qu'en soit le prix, cette loi stipule également que la douleur doit être soulagée et que, même si la mort survient plus tôt en raison d'un soulagement antalgique, ce n'est pas une mort donnée. Les personnes inconscientes, ou dépourvues de capacités de jugement, voient leur avis recueilli par des directives anticipées ou bien sont représentées par un tiers (famille ou personne de confiance). La pierre d'angle de cette loi Leonetti réside dans le recours aux soins palliatifs dès que c'est nécessaire. Le geste d'euthanasie est proscrit. En bref, l'objectif principal est de ne pas laisser "mal mourir" mais d'aider à "bien mourir". Enfin, un article du Code de Déontologie, revu en 2009, ouvre le recours aux antalgiques et aux sédatifs, traitements permettant d'assurer la dignité de la fin de vie au patient, quand une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé afin d'éviter des agonies cruelles et inutiles pour le malade<sup>155</sup>.

Malheureusement, les médecines hospitalière et ambulatoire ("de ville") conservent encore une culture essentiellement curative et ont du mal à intégrer les soins palliatifs qui restent un parent pauvre du monde de la santé. On ne peut que déplorer un manque de moyen responsable d'une prise en charge de fins de vie souvent perfectible ; ceci n'est pas sans donner des arguments aux tenants du "pour" l'euthanasie active<sup>156</sup>.

Cas particulier, la fin de vie des nouveau-nés (question rarement abordée). Un enfant porteur de handicap, moteur ou psychique lourd à la naissance, voit sa vie arrêtée par un médecin qui ne supporte plus son agonie. Parfois une grossesse est arrêtée en raison de malformations nombreuses ou d'une mort certaine pour le fœtus. Les anti-euthanasie, les Églises se taisent sur le sujet. A quoi servirait la réanimation à tout prix d'un nouveau-né qui serait exposé à des séquelles (cérébrales ou autres) ? Sa vie future serait-elle acceptable ? Qu'est-ce qui serait acceptable ? Faut-il s'abstenir de toute réanimation ? Pour les parents consultés, le choix est toujours très difficile. On ne doit pas leur donner le sentiment qu'ils sont les seuls responsables d'un choix qui sera tragique dans tous les cas<sup>157</sup>.

La demande d'euthanasie peut être vue comme un besoin d'être soulagé d'une situation d'inconfort qui serait devenue insupportable. Cette même demande peut aussi être reçue

---

155 Didier SICARD, opus cité ; p. 90-91.

156 Didier SICARD, opus cité ; p. 93.

157 Didier SICARD, opus cité ; p. 94.

comme l'interpellation d'un tiers qui serait interrogé par un sujet ayant de sérieux doutes sur la valeur de son existence : « La fin de ma vie a-t-elle un sens, une valeur ? Vaut-elle la peine d'être vécue ? Ma qualité de personne et ma dignité humaine sont-elles préservées ou amputées ? ». Le médecin doit entendre, derrière le besoin d'être soulagé, la demande, pour ces patients en fin de vie, d'être reconnus en tant qu'êtres humains<sup>158</sup>.

Concernant la fin de vie, le médecin a aujourd'hui les possibilités de faire en sorte que la mort se déroule dans des conditions sereines, acceptables, sans recourir à un geste radical.

#### Portrait de l'établissement de l'époque, peint aujourd'hui par Madame Nadine Quehan

« J'ai connu l'HJD dans les années 1976-1980. Le hasard m'a amenée à intégrer cet établissement comme professionnelle de santé en 1986 [elle y travaille toujours en 2014, comme cadre du service de Médecine]. J'avais le désir, poursuit-elle, de travailler pour le Service Public : l'HJD m'a contactée en premier. A mon arrivée, j'ai découvert une structure de petite taille, en comparaison avec le CHU, ce qui semblait faciliter les relations entre le personnel des différents services et entre soignants et administratifs. Il existait toujours une empreinte de l'histoire de *Varsovie* : des personnels, qui avaient connu l'établissement à ses débuts, y travaillaient encore et beaucoup de patients, d'origine espagnole, nous rappelaient souvent leur participation à la création de cette structure. J'étais frappée par ce lien solide qui unissait l'histoire de cet Hôpital à ceux qui venaient y recevoir des soins : ils se sentaient un peu chez eux, ce qui pouvait parfois rendre les prises en charge plus compliquées. A mes début, j'avais également été marquée par la présence de salariés qui, pour certains, étaient très engagés politiquement ; depuis l'extérieur, l'HJD avait l'image d'un hôpital communiste. Le château n'était déjà plus un lieu de soins : il hébergeait les services administratifs aux étages, le rez-de-chaussée étant occupé par les cuisines et la salle à manger. La cuisine était familiale, réalisée par un chef d'origine catalane ainsi que plusieurs autres personnes d'origine espagnole. Suivant le nombre de personnes présentes, le plat, qui se tenait au centre de la table, était plus ou moins conséquent. Les repas étaient de vrais moments de partage. Comme nous les prenions tous autour d'une table, cela permettait des rencontres entre salariés ne travaillant pas ensemble, ce qui créait une ambiance familiale, renforçait l'esprit de solidarité et la cohésion d'ensemble<sup>159</sup> ».

Nous en avons beaucoup entendu parler, il est temps de donner des noms à ces cuisiniers : nous pouvons citer François Tudela et Raymond Maranges. Il y en a eu bien d'autres...

#### La réalité des pressions budgétaires et ses conséquences sur le terrain

Décembre 1986 : la pression des tutelles se fait ressentir de nouveau. La DDASS a par

---

158 Olivier MAILLÉ : *La Place du sujet en Médecine* ; (Sauramps médical, Montpellier, 2013). p. 85-86.

159 Madame Nadine QUEHAN, questionnaire et entretien, décembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

exemple relevé que l'HJD avait le taux d'encadrement le plus élevé du département. A demi-mot, c'est un reproche. Les difficultés financières de l'établissement deviennent préoccupantes : un certain nombre d'opérations chirurgicales ne peut être assuré par manque de matériel. Et les difficultés s'accroissent : une augmentation extraordinaire des dépenses médicales est relevée en avril 1989 : 1988 s'est achevée avec un déficit de 2 millions de francs (MF) (examens sous-traités en externe pour 1,3 MF). Dans ce contexte, « un établissements de 100 lits n'est pas viable. La capacité d'accueil de l'Association doit augmenter si nous voulons survivre » dit un membre de la CMC en Septembre 1989. C'est l'une des raisons de la création de la maison de retraite qui portera la capacité d'accueil à près de 200 lits.

#### Poursuite des innovations à la Maternité dont le succès est grandissant

La fin de 1989 voit la mise en place de la péridurale. C'est une étape déterminante pour la Maternité de l'HJD. Par ailleurs, ce service cherche à renforcer son image de marque en recrutant un pédiatre de Maternité ; son rôle serait de sécuriser les femmes enceintes, en évitant des transferts de nourrissons, afin de préserver la relation mère-enfant. Ce serait ainsi la seule Maternité à Toulouse, à l'exception de l'hôpital La Grave, à posséder un pédiatre formé à la néonatalogie. A la même période, de nouvelles techniques et activités de préparation à l'accouchement apparaissent : piscine, sophrologie, yoga... Victime de son succès, la Maternité se retrouve en situation de sur-occupation des salles. Cependant, le manque de moyens et les économies sont tels que, dans un compte rendu, on peut lire : « Un recollage du papier-peint, dans les chambres de la Maternité, serait nécessaire » !

#### **C – 1990 – 2000 : reconstruction complète d'un l'Hôpital menacé de fermeture.**

Nous verrons dans cette partie de nouveaux changements aux postes de direction, qui sera suivie d'une remise en question de l'existence même de l'Hôpital. Cela conduira à une décision courageuse : entière reconstruction de l'établissement, ce qui sera l'occasion de réorganiser et de moderniser les services. Sur le plan des créations, le Centre méthadone et une unité de Soins Palliatifs verront le jour ; sur celui de l'innovation, la prise en charge de la douleur fera un grand bond en avant. Les économies budgétaires ne seront pas en reste, les difficultés financières vont d'abord s'aggraver, avant d'arriver à une relative amélioration. Des réformes de Sécurité Sociale et de gestion hospitalière, puis l'arrivée des 35 heures, entraîneront de nouvelles adaptations. Le personnel de l'HJD traversera d'autres crises, plus ou moins profondes, juste avant les années 2000.

#### Des changements aux postes de direction

1990 : M. Cauquil, nouvellement nommé directeur de l'établissement, s'attache les

services d'un biologiste du laboratoire : M. Radigales. Ce dernier se souvient avoir eu deux carrières dans cet Hôpital : d'abord dans un laboratoire, de 1969 à 1990. Puis, le nouveau directeur est venu le chercher. Il y est d'abord allé à reculons : « D'accord pour un an, mais pas plus! ». Mais il s'est vite aperçu que l'on pouvait continuer à sous-tendre des objectifs soignants sur un poste de pilotage. « J'ai finalement été dix ans directeur-adjoint pour m'occuper des affaires économiques et médicales. Ensuite, j'ai encore plus mal tourné en remplaçant mon collègue, parti en retraite, pour assurer la direction pendant dix ans. La structure modeste de l'HJD m'a donné le plaisir et même le bonheur de voir que les décisions administratives aboutissent à un bénéfice direct pour le patient, ou à un désagrément (qu'il faut alors vite corriger). Dans un Hôpital plus grand, je ne sais pas si j'aurais été aussi heureux (vie de cabinet coupée de la réalité)<sup>160</sup> ». M. Cauquil témoigne sa gratitude, comme en hommage à son ancien adjoint et successeur : « Esseulée, la direction l'a été assez souvent. J'ai heureusement eu la chance d'avoir Alain Radigales à mes côtés. Nous avons bien travaillé, vérifiant toujours si notre positionnement était juste, si nous n'étions pas dans un quelconque excès, si nous pouvions améliorer certaines choses...<sup>161</sup> ». Il revient ensuite sur les difficultés qu'il a rencontrées au poste de direction. Comme ancien cadre dans le milieu industriel, il était habitué à avoir un certain pouvoir sur les personnels dont il avait la charge. Il a découvert un tout autre milieu à l'hôpital en se confrontant au pouvoir médical. « Il y avait deux pouvoirs : administratif et médical. Sur le plan médical, la direction n'a pas voix au chapitre. Les médecins, individuellement, peuvent ne pas être d'accord avec vous, mais ne le laissent pas forcément entendre. Quand ils sont ensemble, ils font bloc. Parfois, il n'est pas dit tout à fait la même chose entre ce qu'on vous aviez entendu la veille, en aparté dans le bureau, et ce qui est dit en réunion de CME. J'en ai souffert, mais je comprends cette confraternité ». Ce fut une expérience difficile : « J'ai passé des nuits à comprendre, à bâcher, durant ma reconversion professionnelle, la gestion hospitalière et l'organisation du système de soins<sup>162</sup> ».

#### Un choix audacieux mais judicieux et stratégique : la reconstruction de l'Hôpital !

Juillet 1990 : « Si nous voulons garder notre pluridisciplinarité et continuer à être complémentaires avec le CHR, il va nous falloir investir des sommes importantes. La reconstruction de l'Hôpital est l'un de ces moyens », avance le directeur qui prévient : « Aujourd'hui, nos capacités d'autofinancement sont nulles : nous empruntons pour rembourser le capital des emprunts. L'hôpital est pauvre et endetté. Seul un gros investissement pourra nous aider à remonter la pente ». M. Radigales développe : « L'Hôpital est dans un mauvais état général, il faut tenter de maintenir les bâtiments et le mobilier à un niveau décent, pour

---

160 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

161 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

162 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

améliorer les conditions d'hospitalisation des patients. Il faut également maintenir, voire rattraper le niveau pour notre plateau technique. Notre souhait est d'avoir un Hôpital propre, humain, évolutif, adapté à la réalité de la demande. Tous les investissements proposés visent le long terme ». Avec presque vingt-cinq ans de recul, M. Radigales revient sur ce qui reste, pour lui, l'un des faits les plus marquants qu'il ait connu : « En poste de directeur-adjoint depuis une semaine, nous recevons, avec Jacques Cauquil, le Médecin Inspecteur régional de la DRASS et son adjointe. Ils viennent visiter notre unité de Soins Intensifs, unité dont nous étions fiers. L'environnement technique et matériel ne correspondait pas tout à fait à leurs attentes. « De toute façon, nous venons poser la question de la fermeture de cet établissement », nous dit l'inspecteur. Un cas de conscience nous fut posé : devons-nous partager notre inquiétude avec l'ensemble de l'institution ? Au nom de quoi nous avaient-ils dit cela ? S'agissait-il d'une position isolée ? D'une intention politique des tutelles ? Nous avons essayé d'identifier des points faciles à corriger pour permettre de relancer l'Hôpital, en demandant à la DRASS ce qui était important à ses yeux. Nous avons joué la transparence sur les plans administratif, financier et médical. Avant 1990, l'Hôpital vivait un peu en vase clos. Après, avec les réformes hospitalières, les évolutions techniques et soignantes, nous nous sommes dit que ce petit Hôpital ne vivrait pas tout seul. Soit il s'ouvrirait sur la ville en développant des réseaux, soit il crèverait ! Jacques Cauquil s'est attelé au côté administratif, aux relations avec la préfecture, avec les tutelles, et moi, au côté médical et technique. Nous avons travaillé avec les cadres et les médecins pour porter la voix de l'Hôpital en commissions, à Toulouse, dans le département et la région. Nos médecins sont entrés dans des réunions de travail de la DRASS ou du Conseil Général : le Professeur Marmet, par exemple, a piloté le Comité technique régional sur les Soins Palliatifs et la prise en charge de la douleur ; le Dr Giordano est entendu sur le Comité technique de Chirurgie. Leurs voix étaient non seulement entendues mais appréciées. Il y eut un retour positif très rapide sur l'Hôpital : sa parole était devenue pertinente. En deux ans, la situation était retournée ! Nous siégeons encore dans plusieurs commissions importantes organisées par l'ARS. Nous portons ainsi notre point de vue, nos convictions et cela crée, en retour, de la reconnaissance<sup>163</sup> ». Au sujet de ce tournant, M. Cauquil rappelle que l'Hôpital était vieillissant : « Une semaine après ma prise de fonction, les tutelles nous rendent visite et nous disent : « Nous savons ce qu'est une structure publique et une structure privée. Vous, PSPH, on ne sait pas... En plus, vous êtes une nouvelle équipe de direction, vous apprenez sur le tas... A quoi sert Joseph-Ducuing ? A-t-on besoin de vous à Toulouse ? ». Cet épisode nous a soudés avec Alain Radigales. Nous avons énormément réfléchi et nous sommes arrivés à la conclusion qu'il fallait augmenter notre budget et changer le regard des patients et des tutelles sur notre institution. Nous avons une seule chose à faire : reconstruire l'Hôpital. Nous sommes

---

163 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

passés d'une vétusté notoire à la modernité matérielle : climatisation des chambres, flux laminaires pour les blocs opératoires – que beaucoup nous enviaient car à l'époque cela existait à Paris ou à Lyon, mais pas encore à Toulouse. Les patients ont vu ces transformations et cela a changé notre image<sup>164</sup> ». Un autre témoin de l'époque, M. Roumy, nous donne son éclairage : « Le Gouvernement essayait de faire le maximum d'économies dans le domaine de la santé. En Midi-Pyrénées, les tutelles devaient économiser 5 milliards : « A Toulouse, nous devons fermer Ducuing ! ». La direction a présenté, en séance avec les tutelles, un projet de reconstruction. Ce jour-là, nous avons été sauvés par le directeur de la DRASS qui leur dit, à la fin, qu'il était le seul décideur et qu'il comptait nous soutenir dans notre projet. Il avait le sens du Service Public et avait compris les missions que nous remplissions. De mon côté, j'attendais, fébrile, à côté du téléphone, ce qu'il allait advenir de notre établissement : fermeture ou... reconstruction !<sup>165</sup> ». Le Dr Uzan revient à son tour sur ces réunions avec les tutelles : « Notre structure n'assurant qu'une partie minime de l'activité de soins sur l'agglomération toulousaine, sa fermeture n'entraînerait aucun préjudice pour la population. Nous avons été sauvés par le symbole éthique que nous représentions et par la sympathie active d'une bonne partie des Médecins Inspecteurs, en particulier du directeur des tutelles de cette époque, Jacques Laloye. Il faut faire de la difficulté un moyen pour avancer et la meilleure défense c'est l'attaque ; selon ces principes, nous avons programmé la reconstruction complète de l'Hôpital et sa modernisation. Nous nous sommes inscrits dans le paysage hospitalier public en recevant de nombreux internes (de Médecine, Chirurgie, Radiologie, Obstétrique) et en signant une convention de collaboration avec le CHU<sup>166</sup> ». Le Dr D. Garipuy n'a pas oublié non plus : « Nous avons vécu un moment compliqué. Depuis que nous participions au Service Public hospitalier, nous étions soumis aux règles budgétaires du Public, donc à la tutelle du ministère de la Santé. Je pense qu'à un moment donné nous avons été menacés (c'est ce qui nous a été signifié) dans notre existence. On nous a montré des schémas où, finalement, on nous expliquait que nous ne représentions pas grand chose, en terme de Santé publique, à Toulouse – sur le plan quantitatif, ce n'était pas faux. Partant de là, ils nous ont posé la question : Pourquoi existez-vous ?<sup>167</sup> ».

Mars 1993 : concernant le projet architectural, le dépôt du permis de construire est engagé, le financement est en cours. La ville de Toulouse a accordé une dérogation pour la construction des blocs opératoires. Les travaux devaient initialement débiter en septembre 1993. A cette date, la première tranche des travaux de reconstruction (qui s'élève à 35 millions de francs) est repoussée à 1994 ; la CME semble alors s'inquiéter du délai nécessaire au démarrage des travaux, compte tenu de la date butoir de l'ouverture du service de Soins

---

164 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

165 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

166 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

167 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

Palliatifs. M. Cauquil nous confie vingt ans plus tard que « personne ne croyait à cette reconstruction. Nous avons les autorisations ; pas l'argent (le Conseil Général a mis 8 mois pour nous apporter sa contribution). La direction était porte-parole du CA auprès des Pouvoirs Publics, elle menait donc les négociations. Avec M. Radigales, nous nous demandions comment nous allions faire : le personnel n'avait plus confiance en nous à propos de ces travaux qui ne démarraient pas. Alors, avec l'autorisation du président du CA, nous avons pris la décision de faire installer une grue pour que les salariés restent confiants !<sup>168</sup> ». Le Dr Casanova se souvient que le début des travaux avait traîné : « Il y eut des batailles administratives et politiques pour obtenir les déblocages, les autorisations, les financements...<sup>169</sup> ». Pour voir confirmer tout cela, je vous propose un retour en arrière de vingt ans. Devant la lenteur du démarrage des travaux, les médecins s'impatientent de l'inconfort de la situation : « Nous sommes au bord de l'asphyxie ! Si les travaux commencent, nous manquerons de cabinets de consultation – certains seront rendus inopérants à cause du bruit. Il va falloir déménager temporairement » (Dr Uzan). M. Cauquil répond que « tout le monde va souffrir. L'accueil et le secrétariat seront assurés. Nous allons acheter des locaux, rue des Novars, pour y aménager 4 à 5 cabinets de consultation ». La consultation hors site représente, pour le Dr X, un risque de perte de malades, « mais il est hors de question de refuser des patients pendant les périodes de travaux, notamment à la Maternité ». Ce même Dr X, en CME (novembre 1994) souhaiterait que l'HJD ait une image un peu moins "bricoleur" et que ses patientes soient traitées autrement : « Les entreprises qui travaillent sur le chantier doivent faire un effort pour éviter aux patients de patauger dans la boue ! Et si l'on ne veut pas démotiver le personnel, il faut le tenir informé... ». Le directeur de l'époque nous illustre la situation, deux décennies plus tard : « Sur un chantier qui a duré 2-3 ans, il faut imaginer de la boue partout : le goudron n'aurait pas résisté aux passages des poids-lourds... Tout cela salissait les parties communes qui devenaient difficiles à tenir propres. Pour assurer les accouchements, nous avons maintenu la Maternité sur pilotis ! Parfois, je passais, fébrile, voir l'état de ces pilotis. Quand il faisait beaucoup de vent, je craignais que la grue ne tombe sur les parturientes. Ma responsabilité était totalement engagée...<sup>170</sup> ».

L'institution tient à son image de marque et un travail important de promotion de l'Hôpital est mené en 1997 : l'Association a fait un audit d'image en mobilisant la télévision, la radio et la presse. Les nouveaux médecins de l'établissement sont présentés aux correspondants. La fin des travaux est attendue avec impatience pour réaliser l'inauguration du nouvel Hôpital. Christophe Paulo se souvient : « Nous étions engoncés architecturalement. Victimes de notre succès, notre activité a explosé, ainsi que le nombre de salariés : en 1984 il y

---

168 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

169 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

170 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

avait 200 personnes ; 30 ans plus tard, nous comptabilisons plus de 600 payes ! A un moment, il a été question que notre structure déménage en lieu et place de l'Hôpital Larrey, à Rangueil [la même question s'est posée récemment avec le déménagement de l'ICR (Institut Claudius Regaud) vers l'Oncopole, laissant des locaux vacants dans le même quartier, mais dans une structure inadaptée à l'activité d'un hôpital général]. Certes, nous aurions eu un espace bien différent, mais nous aurions aussi perdu notre caractéristique d'hôpital de proximité du centre ville. Nous avons le choix entre gagner de la place et perdre notre âme, ou transformer sur place notre Hôpital historique. Le CA a choisi la deuxième option : nous ne devons pas nous éloigner des gens en souffrance sociale, en marge de la société. Dans le réseau de santé du centre ville, de par les missions médicales que nous avons définies et de par cette situation géographique, nous avons pu nous défendre et être reconnus par les autorités de santé<sup>171</sup> ».

Nous sommes revenus en 1997 : les travaux, encore inachevés, sont même arrêtés ! Suite à certains aléas, les entreprises réalisant ces travaux réclament 3 MF supplémentaires pour poursuivre le chantier ! Cela ne paraît pas justifié selon M. Cauquil qui a négocié 1,2 MF : « Le nouvel Hôpital prendra toute sa dimension lorsque les consultations externes, le laboratoire et la radiologie seront installés. Les consultations externes sont une fenêtre, une ouverture vers l'extérieur. Elles permettent de "recruter" une bonne partie des patients hospitalisés en Médecine ou en Chirurgie ; elles peuvent aussi éviter des hospitalisations systématiques et permettre de suivre des patients exclusivement en ambulatoire, ou après une hospitalisation ». L'inauguration n'est pas prévue avant janvier 1998.

#### La Chirurgie, ce parent pauvre de l'Hôpital...

Juillet 1990 : on peut lire dans les archives : « Notre activité est correcte, seul le service de Chirurgie pose problème. Pour les autorités de tutelle, son activité est suffisante (taux d'occupation de 50%, soit 22 lits sur 40 en moyenne) ; elles soulignent notre sous-équipement notoire en matériel médical ». En octobre 1990, il est rappelé que « la Chirurgie est indispensable à l'HJD ; si elle venait à mourir, il en irait de notre avenir, nous deviendrions long séjour gériatrique ». Ce secteur de la Chirurgie souffrait d'une forte concurrence à Toulouse. La question s'est alors posée de maintenir l'intégralité des spécialités chirurgicales représentées à l'Hôpital. Des choix étaient à faire : il fallait avoir un projet cohérent, structurer les horaires d'ouverture des blocs, assurer les astreintes... En Juillet 1999, il est question de déménager le service de Chirurgie du fait de sa sous-activité. Pour le Dr Uzan, cette décision dévalorise ce service avec le risque de démotiver l'équipe chirurgicale et le personnel concerné. Le Dr Casanova voulait avoir confirmation qu'on ne réduisait pas son service à 33 lits et qu'à terme il récupérerait sa capacité (40 lits). Le président de la CME soutenait son confrère et

---

171 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

s'inquiétait que la direction n'ait décidé de sacrifier la Chirurgie. En 2014 M. Radigales me confie que « des amis, des proches, au sein de l'institution, avaient déjà jeté l'éponge et fait le deuil de cette Chirurgie. Ce service avait été renforcé. Mais heureusement, nous avons eu la volonté et la patience de Jean Casanova, qui avait pris des risques en venant chez nous – il était Chef de Service dans le Public, sa fin de carrière était toute tracée –, car il croyait à notre projet. Quand il est arrivé, il y avait un mi-temps d'orthopédiste et un mi-temps de viscéral (tous deux travaillant en libéral par ailleurs, et privilégiant ce dernier, bien entendu) [La réforme Debré de 1958 a attiré des médecins libéraux vers les hôpitaux publics, en leur permettant d'exercer à pleins temps tout en gardant une activité privée, dite "activité libérale", depuis une nouvelle loi de 1987.<sup>172</sup>]. Nous avons pris la décision de recruter des plein-temps, pour remonter cette Chirurgie qui avait été florissante et qualitativement remarquable, du temps des Ducuing, Espagno, Lapeyrère... Plus tard, des personnes comme le Dr Giordano ont été de vraies locomotives... Nous avons réussi notre pari : l'Hôpital a été reconnu, par les autorités sanitaires, comme hôpital général du centre ville<sup>173</sup> ». Pour M. Roumy, « les tutelles voulaient nous cantonner à la Médecine et à l'Obstétrique ; à Ducuing, la Chirurgie n'avaient, selon eux, aucun intérêt – les cliniques privées s'en occupant très bien. Pendant longtemps, ce service vivotait et n'arrivait pas à décoller. Sans la Chirurgie, nous n'aurions plus eu d'Hôpital, alors nous avons tenu bon et développé ce service qui, sur la place toulousaine, ne pèse pas beaucoup mais qui, qualitativement parlant, est de très bon niveau<sup>174</sup> ».

### Projet d'établissement et orientations stratégiques

L'année 1991 s'ouvre sur des débats au sujet du projet d'établissement pour les différents services. Entre autres questions, est posée celle du bilan de l'activité et de l'évolution du service de Médecine depuis 1983 : l'activité a augmenté. Des pathologies plus lourdes, plus variées sont prises en charge. Cependant, il est relevé une diminution très importante de la durée moyenne de séjour qui a fait baisser le taux d'occupation. Le Dr Uzan : « Notre service de Médecine est généralement apprécié des médecins généralistes, mais il manque d'image de technicité, chose nécessaire aujourd'hui, qui plus est dans une ville universitaire comme Toulouse où la concurrence médicale est forte. L'état hôtelier ne correspond plus aux normes de confort pour les malades, ni ne permet des conditions de travail satisfaisantes et efficaces pour le personnel soignant : trop de lits en chambres communes, chambres exigües, dégradation des locaux, manque de sanitaires, aucune salle de réunion pour le personnel, aucun bureau pour recevoir les familles des malades... ». Le projet présenté était à la fois un projet médical et de reconstruction architecturale (les deux étant liés). Il fallait prévoir l'évolution de

---

172 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 95.

173 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

174 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

la Médecine dans les dix ans à venir. Le Dr Uzan poursuit : « Tout en restant pluridisciplinaires, nous devons assurer certains "créneaux", en fonction de la demande de nos correspondants, de nos patients, de nos compétences propres, de la taille et de la capacité d'investissement de l'hôpital. Nous pensons pouvoir assurer au meilleur niveau : la Psychiatrie (notamment les problèmes de l'adolescence), en excluant cependant les cas très lourds, la Cancérologie, la Diabétologie, l'Endocrinologie, la Pneumologie, la Cardiologie, la Gastro-Entérologie, l'Infectiologie et la prise en charge des affections liées au VIH. Tout cela sans perdre de vue que notre éthique reste de soigner des sujets malades dans toutes leurs dimensions et non des "pathologies". Notre ambition d'augmenter la fréquentation du service, d'améliorer notre technicité, tout en conservant un caractère humain et proche des patients, nous conduit à demander l'intégration d'un cinquième médecin. Si l'on veut maintenir un taux d'occupation entre 75 et 80%, cela suppose 2 000 entrées par an : nous ne pouvons pas assurer cela à quatre médecins. Nous réalisons 11 000 consultations par an, ce qui représente autant de consultations de médecine que Purpan et Rangueil ! Le futur service de Médecine devrait comprendre, en plus des lits, deux infirmeries, un ou deux offices, une salle de réunion pour le personnel, un secrétariat médical, le bureau pour la surveillante, un bureau médical pour réunir les familles et une salle de détente pour les patients. Projets médical et architectural sont liés. Notre service de Médecine a la chance de bénéficier d'un héritage de confiance, fruit de l'activité de nos prédécesseurs. Notre Hôpital, de taille humaine, bien situé, est attractif. Cependant il n'y a aujourd'hui aucune situation acquise : l'évolution rapide des techniques, de la démographie médicale, des demandes formulées par les soignés, nous imposent, à nous aussi d'évoluer très vite ». Le directeur de l'époque, M. Cauquil, dit : « L'autorisation donnée par la DDASS concerne prioritairement la réalisation du laboratoire et du service de Médecine. Il a été demandé à l'architecte de repenser la totalité de l'établissement car il faudra le reconstruire en entier dans les prochaines années. [...] Il doit y avoir une cohérence d'ensemble. L'Hôpital continuera d'exister si nous faisons bloc ». Le Dr Saint-Dizier avance, sur les évolutions prévisibles et les futurs besoins de Santé publique, que « La mortalité des 16-24 ans à Toulouse est plus forte de 2% que la moyenne nationale. Ceci s'explique par le fait que Toulouse ne possède pas de service de crise. L'ensemble des tentatives de suicide passe au BRR (Bloc de Réanimation Respiratoire). De plus, il n'y a pas de service d'accueil d'adolescents. Enfin, il n'y a pas de soins aigus gériatriques dans la ville. Ne pas se placer rapidement sur l'épidémie VIH aurait été stupide quand l'infection est apparue. Très vite nous sommes devenus compétent dans le domaine, nous avons su faire notre trou. Toulouse accueille 82 000 étudiants. S'occuper de la pathologie des adultes jeunes est un "créneau" pertinent à Toulouse ». Le Dr X ne semble pas porter le même regard : « La population vieillit, nous allons faire des choix sur la Psychiatrie alors qu'il y a un environnement excédentaire sur Toulouse. Faire l'impasse sur la Gériatrie,

aujourd'hui, dans la région toulousaine, alors qu'il y a une demande énorme, me paraît une grosse erreur. Un service de Médecine doit accueillir des "vieux" ». Le Dr Uzan se défend, laissant apparaître quelques tensions : « En Médecine, la moitié des patients hospitalisés en 1990 représentait des patient relevant de Gériatrie. Nous ne faisons pas une croix dessus. Il est d'ailleurs prévu la reconversion de l'ancien service de Médecine en centre de court séjour pour personnes âgées (si le service de Médecine est un jour reconstruit...). Nous ressentons, de la part de quelques médecins, une certaine condescendance. J'ai l'impression que ce n'est pas le recrutement de malades toxicomanes (5% des entrées, en 1990, chez nous) ou de malades atteints du SIDA (38 patients en 1990), qui fait barrage à la fréquentation du service. Quant aux malades psychiatriques, ils représentent 10% du recrutement des entrées en 1990 ».

#### Difficultés financières, économies, stratégie d'investissement, dégradation de l'ambiance

Dans ces années de dettes et d'emprunts, le temps des économies est venu. Ainsi, 2 millions de francs d'économies sont prévues au budget global pour 1991 (économies de structure, de personnel d'entretien et d'accueil, location du linge avec sous-traitance, idem pour la cuisine). Malgré ce contexte difficile, tout le monde est conscient du fait que l'Hôpital ne survivra que si l'on y pratique une médecine de pointe, en rapport avec les progrès scientifiques et techniques. Il est ainsi décidé de l'acquisition d'un appareil d'échographie pour 1991.

En 1992, est évoquée la mise en application imminente d'une nouvelle loi, portant sur la réforme hospitalière (mode de financement). Le Dr X se dit frappé par l'évolution des dépenses médicales et pharmaceutiques. Il craint qu'à terme tous les établissements se tournent uniquement vers des "pathologies rentables". M. Cauquil prévient : « Nous sommes un établissement pauvre. Les capacités financières des établissements qui ont une activité similaire à la nôtre sont comparables aux nôtres. Si l'on ne nous maintient pas le niveau des dépenses programmées chaque année, nous auront des difficultés ». M. Roumy rappelle que « l'Association ne peut gager son déficit que par son patrimoine immobilier. Ne plus reprendre les déficits de fin d'exercice est extrêmement dangereux. La nouvelle loi hospitalière ne va pas améliorer nos conditions de fonctionnement. Il faut insister auprès des autorités de tutelle pour que le budget soit revalorisé à un niveau correct ». La Commission a ainsi voté à l'unanimité la demande, faite aux autorités de tutelle, de tenir compte de l'activité réelle de l'Hôpital et de mettre à niveau le budget 1993 afin d'éviter que des résultats déficitaires ne soient générés dès la première année d'application de cette nouvelle loi. En effet, le but est de s'assurer de la pérennisation de l'Hôpital. Mais le système de financement ne s'adapte pas forcément bien au champ des soins. Cela peut aboutir à des situations incongrues, voire absurdes : lors d'une Commission Médicale (novembre 1992), on peut ainsi lire : « Le nouveau-né pose problème car il n'existe pas en terme de coût. Les actes réalisés pour lui ne sont donc pas cotés ».

Les problèmes de finances s'invitent de nouveau à la table des discussions pour l'enveloppe octroyée pour 1993 : les autorités de tutelle débloquent 77 537 499 francs contre 80 113 999 demandés. Cette dotation est insuffisante pour le bon fonctionnement de l'Hôpital et le met devant la difficulté suivante : ne pas générer de déficit en fin d'année car il ne serait plus repris avec l'entrée en application de la nouvelle loi hospitalière.

Mars 1993 : la DDASS a approuvé les projets d'établissement et de reconstruction de l'HJD. Un budget supplémentaire de 6 MF a été accordé sur la marge de manœuvre départementale. Un MF a été donné, en 1992, pour le projet d'établissement ».

Septembre 1993 : la situation s'améliore avec les autorités de contrôle du fait de la reprise d'un dialogue de transparence. Le travail des équipes médicales est reconnu, comme le rôle de l'HJD dans le microcosme toulousain. Sur un autre registre, le Service Dentaire est remis en question mais la CME estime prématuré le redéploiement de ce secteur, compte tenu des services médicaux et sociaux rendus aux usagers. En ce milieu des années quatre-vingt-dix, la gestion hospitalière est complexe, mais la CME, la direction et le CA, restent soudés.

Février 1994 : le budget primitif demandé était de 94 529 400 francs ; le budget octroyé ne s'élève qu'à hauteur de 89 480 100 francs. Le taux de reconduction ne permet pas de recouvrir le Glissement Vieillesse Technicité, de même que l'inflation prévisible des dépenses. Les moyens de reconduire l'activité de 1993 ne sont pas donnés. Des restrictions budgétaires vont s'imposer (personnel restreint au prorata de la diminution d'occupation des lits...).

Mars 1994 : le manque de moyens matériels des services est évoqué. L'investissement demandé pour 1994 s'élevait à 2 859 180 francs, mais l'enveloppe prévisionnelle des dépenses de matériel médical a été arbitrairement fixée à 1 600 000 francs. Des choix seront à faire. Après négociations sur l'urgence du renouvellement du matériel, la CME se met d'accord. M. Cauquil : « J'ai conscience des efforts accomplis par l'ensemble des services. En même temps, nous devons veiller à l'équilibre financier de notre section d'investissement et aux besoins énormes qui doivent être réservés à la restructuration de notre établissement ». Sur le terrain, les difficultés économiques, les restrictions budgétaires se font sentir : en juin 1995, des médecins de l'établissement mettent en garde leurs collègues sur la dégradation de l'esprit et des valeurs de l'institution. Le Dr Delsol déplore l'ambiance qui règne dans l'établissement : « L'Hôpital avait une âme. Le personnel est maintenant moins nombreux, d'où une dégradation des soins (dans l'accueil essentiellement). De ce fait, nous perdons des malades ». Le Dr Uzan rappelle que les patients fréquentant l'Hôpital y viennent parce qu'ils n'y sont pas des anonymes. Cela représente pour lui le nœud de l'Hôpital et tout est en train d'être désorganisé. Le Dr Delsol renchérit : « On pense que tout le monde est interchangeable. Le personnel ne doit pas être un pion que l'on change au gré des effectifs ! ».

En novembre 1995, pour la première fois de son histoire, la CME accueille, de manière

durable, un membre extérieur à l'établissement : le Dr Rezaï, Médecin Inspecteur de Santé publique à la DDASS. En effet, les établissements participant au Service Public hospitalier (PSPH) sont soumis aux mêmes règles que les établissements publics : statutairement, les Médecins Inspecteurs sont invités aux réunions de CME. Quelque part, cela constitue une perte d'indépendance de l'institution à l'égard des tutelles, qui ont désormais un droit de regard sur ce qui se dit en réunion et un droit de participation aux décisions stratégiques de l'établissement. A propos du budget prévisionnel pour 1996, les économies à réaliser, en terme de personnel, s'élèveront à cinq postes. Là encore des choix seront nécessaires. Le Dr Uzan porte d'abord un regard sur le passé, avant de se projeter : « Joseph-Ducuing a survécu au prix d'innovations constantes. Les budgets de ces dernières années sont là pour le démontrer. Les projets nouveaux mis en place nous ont permis d'assurer notre développement. Nous devons continuer à innover et à nous intéresser aux priorités nationales ». Le président du CA, M. Roumy, se rappelle que *Varsovie* n'a jamais été un hôpital riche : « Nous sommes soumis à un budget d'austérité : nous ne pouvons plus générer de déficit. Cette situation de restriction ne pourra pas durer encore dix ans. Les augmentations du taux directeur ne couvrent pas les augmentations de la masse salariale. L'alternative maintenant est au licenciement, ce qui ne sera pas sans effet sur la qualité des soins... ». Le Dr X, peu optimiste : « il faut continuer à innover, mais ne pas pour autant se serrer le coulant autour du cou, si les moyens ne nous sont pas donnés ». Le Dr Delsol rappelle les priorités : « Des sacrifices énormes sont à faire, mais pas sur le personnel. Notre avenir, c'est le personnel soignant ! ».

La fin des années quatre-vingt-dix voit l'étau budgétaire se serrer de plus en plus. Le taux de reconduction des budgets pose un problème majeur pour l'avenir des établissements hospitaliers qui se sentent étranglés. Tous les outils d'évaluation des soins sont des outils comptables. Les Associations loi 1901 ne seront bientôt plus autorisées à générer de déficit. La question du renouvellement du matériel médical se pose. La définition de priorités deviendra de plus en plus nécessaire (scopes, défibrillateurs, échographes, matériel chirurgical, pompes à insulines, PCA...). Mais à l'HJD, la situation est pire qu'ailleurs : la baisse d'activité, secondaire aux travaux de restructuration, a créé une période agitée (déménagement, réaménagement). En 1996, le taux de reconduction est ainsi négatif (l'enveloppe pour 1997 sera amputée de 0,20%) ! Des difficultés sont à craindre pour la rémunération du personnel, mais la direction se refuse catégoriquement à licencier. En mars 1998, des représentants des organisations syndicales donnent leur avis sur la situation de l'établissement : « Le budget ne correspond pas aux besoins de l'Hôpital, il faut davantage de moyens. Trois actions seront menées pour faire passer le message : une pétition dans le quartier et auprès des patients, une interpellation des élus par courriers, en leur demandant de participer prochainement à une soirée-débat à l'HJD, et enfin une grève avec un déplacement à l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ». Le Dr

Uzan enchaîne : « Pour 1998, le déficit prévisible est de 4 MF. Quelles en sont les causes ? Quelles sont les propositions de la direction pour le réduire ? Quelle est la place de l'HJD ? La CME est consultative et doit donner un avis qui peut ne pas être favorable à la direction. Le Conseil de gestion n'a pas voté le budget 1998 proposé par la direction. Il faut trouver un accord avec elle et envisager l'hypothèse où aucune dotation supplémentaire ne sera accordée ». Le Dr Jonca répond que l'ARH a décidé une réduction budgétaire pour 1998 et se demande si ce n'est pas le début de l'asphyxie : « L'établissement peut envisager toutes les mesures économiques possibles, n'est-ce pas voué à l'échec ? Quelles sont les intentions de l'ARH à notre égard ? ». Le Dr Uzan se montre rassurant : « L'ARH ne nous laissera pas tomber (ce sont ses propres termes). La situation est la même (taux directeur appliqué) pour tous les établissements ; ceci dit, des problèmes d'existence se posent pour les hôpitaux sans marge de manœuvre, au même titre que se pose la question de notre rôle sur la place toulousaine ». Pour M. Roumy, l'HJD n'est pas menacé de fermeture : « Nous sommes un Hôpital efficace mais pauvre. Il faut batailler pour obtenir une réévaluation de nos bases budgétaires ». Les plans stratégiques refont surface : un cadre de réflexions doit être posé. Ensuite, il faudra définir les procédures d'accréditation à envisager, avant d'aller négocier, avec les autorités de tutelle, une place et une fonction qui seraient alors quasiment assurées.

Mars 1998 : Le Dr Garipuy ne croit pas que l'HJD soit plus défavorisé que d'autres : « Peu de structures peuvent se targuer, depuis dix ans, d'avoir eu une telle évolution des budgets. Là, le couperet est commun. Il faut trouver les moyens de faire avec ». En effet, lors du dépôt de son projet d'établissement, l'Hôpital était menacé de fermeture. Après avoir augmenté son efficacité, les autorités de tutelle ont permis à l'HJD de se restructurer : des aides financières considérables ont été octroyées (1994 : 2,1 MF ; 1995 : 4,5 MF ; 1996 : 4 MF ; 1997 : 2 MF et 4,6 MF pour les Soins Palliatifs). L'établissement s'est engagé dans certains domaines (toxicomanie, VIH, Médecine Sociale). Du personnel a été recruté. Depuis 1991, le budget a doublé. Les taux directeurs appliqués année après année ne permettent cependant pas de couvrir les dépenses. « Que fait l'État ? Il applique, pour l'ensemble des hôpitaux, un taux directeur et les directeurs d'établissement doivent ajuster leurs effectifs en fonction des budgets alloués ». Le directeur ajoute : « Deux Commissions d'enquête sont actuellement en cours. L'inspecteur principal nous reproche de surpayer les médecins. On m'autorise à licencier, à sacrifier des lits, mais je considère que ce serait mettre en péril l'avenir de l'établissement ». Devant une situation inextricable, M. Cauquil expose les compromis qui résoudraient une part des problèmes : « Il nous faut trouver des mesures palliatives : je souhaiterais négocier la prise d'une semaine de congés, non rémunérée et non remplacée, pour tout le personnel. Les surveillantes s'opposent aux non remplacements : cela induirait la baisse de la qualité des soins. Je n'y crois pas ! L'organigramme de certains services montre des chevauchements de six

personnels dans la journée. Fermer certaines spécialités ne remet pas en cause les lits des services d'hospitalisation. J'envisage aussi de céder le Service Dentaire à un tiers, si l'ARH m'y autorise. Nous devons enfin développer un partenariat avec le CHU, confondre nos équipes pour participer à des astreintes. Cela nous enlèverait un peu de fierté, mais comment faire autrement ? ». Le Dr Garipuy se demande combien cela représenterait d'économies. Le directeur lui répond 1 MF pour les non-remplacements de congés, 507 000 F pour la suppression de spécialités médicales, 704 000 F pour la cession du Dentaire, 680 000 F pour la suppression de personnels et 1,5 MF pour la prise d'une semaine sans solde. Le Dr Jonca voit mal comment reconduire tous les ans certaines mesures. Le Dr Delsol anticipe en prévoyant que la baisse du nombre de médecins entraînera une baisse du nombre d'actes qui diminuera le budget. Le Dr Uzan : « Il n'est pas acceptable de fermer le service de Médecine 6 semaines l'été. La Médecine souffre du manque de 8 lits. Nous réalisons plus d'entrées sur les lits actuels que sur les 40 lits de l'ancienne structure. Les patients sont admis dans le service sur des problèmes aigus ; leur admission ne peut être reportée. Les deux-tiers des économies ne sont pas structurelles (sauf la cession du Dentaire et la suppression de spécialités). Si la reconduction du budget l'année prochaine était également de 0,53% que faudrait-il faire ? Peut-on savoir ce que nous annonce 1999 ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi prendre des mesures ponctuelles, non reconductibles, plutôt que des mesures plus sévères, pérennisées sur plusieurs années ? ». Le Dr Garipuy dresse un tableau on ne peut plus clair de l'ambiance créée par ces restrictions budgétaires : « Le climat actuel est détestable ! Les personnels sont inquiets. Nous sommes amenés à prendre des mesures difficiles. Si nous devons tous les ans nous retrouver dans la même situation, nous aurons du mal à tenir les projets d'établissement. Ne faudrait-il pas dire : le déficit est de 3 MF. Trouvons les moyens de le résorber, en sachant que l'an prochain, le taux d'augmentation du budget sera de 0,5%. Et s'il est de 0,5%, est-ce que les mesures prises nous permettront de passer 1999 sans nous amputer à nouveau ? Cette année on nous impose une semaine de congés sans solde, mais dans un an, ce sera peut-être deux... Les Pouvoirs Publics ne ferment pas les établissements, ils les laissent se fermer tous seuls. C'est beaucoup plus subtil ! Quant à la suppression de spécialités médicales, c'est un pas en arrière ! ». Le président de la CME reprend la parole : « Si nous voulons assurer la pérennité de l'établissement pour les deux ou trois années à venir, nous devons réfléchir à la place de notre établissement, aux activités à garder ou pas, aux coopérations à développer... ». Le Dr Garipuy est catégorique, il ne croit pas aux possibilités de collaboration avec les cliniques privées et « les collaborations avec le CHU n'ont pu se développer que grâce à des personnels travaillant à l'Hôpital. Par ailleurs, je doute que l'on intéresse le CHU ». Mais le directeur se veut rassurant : « Les mesures que nous prenons aujourd'hui sont sévères et permettront de passer 1999 et 2000, sauf si le taux directeur de reconduction de budget devait être négatif. L'essentiel

est préservé : la structure de soins, les Urgences et les consultations externes ».

Mai 1998 : les médecins sont inquiets, particulièrement ceux récemment embauchés. Ils « sont sensibles à l'atmosphère délétère créée par certains personnels qui se complaisent à semer le doute. Afin d'apaiser les inquiétudes et d'apporter un éclairage objectif sur la situation réelle de l'établissement, une réunion de l'ensemble des médecins sera organisée ».

M. Radigales revient sur les Commissions d'enquête diligentées pour comprendre pourquoi l'Hôpital était en difficulté financière. Il rappelle : « Nous étions partis comme des fous furieux pour investir, sans assurer nos arrières. Si nous n'avions pas organisé cette fuite en avant financière, l'Hôpital n'existerait plus aujourd'hui ! La reconstruction l'illustre : nous avons passé des marchés mais nous ne savions pas comment nous allons les payer ! Nous ne communiquions pas notre inquiétude aux soignants afin de les laisser travailler. Nous avons assumé nos rôles de tampons, mais nous nous sentions parfois esseulés<sup>175</sup> ».

#### A propos du Planning familial

Au mois de décembre 1990, il est discuté de l'échec relatif du Planning familial à remplir ses missions : « Son objectif est surtout de faire de la prévention, dont l'IVG est l'échec. Cet objectif n'est actuellement pas rempli. L'un des rôles du Planning familial est de faire de l'information sur la contraception, en dehors de l'établissement ; nous devons nous engager dans des formations dans les lycées et collèges ». Dix ans plus tard, en octobre 2001, ce centre de planification aura considérablement développé ses actions de prévention, dans les établissements scolaires justement. Il se verra reconnu par les autorités de tutelle. L'établissement sera alors sollicité pour la pratique de l'IVG à domicile, ce qui aura un retentissement, en terme d'image de la structure, sur Toulouse.

#### Un parcours atypique au sein de l'HJD, avec le Docteur Laure Jonca

En 1991, le Dr Laure Jonca entre à l'HJD pour y effectuer son dernier stage de formation de médecin généraliste. « Je ne pensais pas y rester, mais je me suis beaucoup plu dans cette ambiance de prise en charge globale des patients, avec une orientation de Médecine Générale. Les équipes soignantes étaient très accessibles. Je m'y suis régalée, si bien que j'y suis restée jusqu'à aujourd'hui (2014). Après ma formation initiale, j'y ai eu des contrats de Faisant Fonction d'Interne. Ensuite, en 1996, j'ai eu un CDI dans le Service d'Urgences qui s'est monté, après avoir passé un diplôme complémentaire d'urgentiste. J'y ai été urgentiste cinq ans, puis j'ai repris le chemin de l'université pour faire un DESS d'informations médicales (le directeur m'avait demandé de venir l'aider pour les systèmes d'information et les affaires médicales). J'ai alors pris en charge le Département d'Information Médicale jusqu'en 2010,

---

175 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

avant de reprendre le chemin des études, à l'IAE (Institut d'Administration des Entreprises), pour passer un diplôme de gestion des entreprises sanitaires et sociales, afin de prendre un poste de direction. Je suis ainsi devenue membre du Comité directeur<sup>176</sup> ».

### Des projets en Pédiatrie

CME de novembre 1992 : la présence d'un pédiatre à plein-temps faisait partie des priorités de l'établissement pour assurer une couverture pédiatrique 24 heures sur 24. Le Dr Perez assurait déjà, mais à temps partiel, une consultation et une prise en charge de qualité au niveau obstétrical. L'HJD était alors la seule structure privée à avoir un pédiatre, spécialisée en néonatalogie, qui plus est pleine de projets comme celui des "bébés kangourous". Mais là également, faute de moyens, l'Hôpital n'était pas encore capable de la rémunérer à temps plein.

### Une figure très importante de la Chirurgie pour l'HJD : le Docteur Jean Casanova

En janvier 1993, après qu'un médecin de la DDASS lui a confirmé que le service de Chirurgie ne fermerait pas et que le développement de l'Hôpital serait favorisé – c'était alors le seul établissement privé de Midi-Pyrénées à participer au Service Public hospitalier –, le Dr Casanova prend ses fonctions à l'HJD. Jusqu'alors, ce chirurgien était Chef de Service depuis 15 ans dans un hôpital général des Bouches-du-Rhône (Martigues). Il se souvient : « M. Cauquil m'a rappelé l'histoire de l'établissement qui m'a plu. Puis il m'a présenté le projet de reconstruction de l'hôpital, avec une réorganisation des services... Il existait déjà un service de Chirurgie, avec un chirurgien plein-temps, le Dr Gadrat (viscéral) et d'autres chirurgiens à temps partiel. La direction voulait se doter d'un vrai service de Chirurgie Générale (Viscéral et Orthopédie), avec deux chirurgiens plein-temps. J'avais réfléchi à ce projet de réorganisation d'un Service de Chirurgie au sein d'un hôpital général. Il y avait un grand enjeu professionnel pour moi et cela a contribué à me motiver. Quand j'ai été recruté, les plans étaient en cours. J'ai connu l'ancien hôpital, vraiment vétuste, resté en 1950 du point de vue des installations. Ce qui m'a tout de suite impressionné, dans cette *Maison*, c'était l'engagement du personnel, depuis l'ouvrier de l'atelier jusqu'au directeur, en passant par toute la chaîne paramédicale et médicale. Tout le monde se sentait impliqué dans la réussite de cet établissement pour qu'il vive et accomplisse au mieux ses missions. C'était une originalité propre. Un exemple concret : j'avais demandé aux ouvriers de l'atelier d'arranger un dispositif chirurgical. J'ai été impressionné par leur bonne volonté, leur désir de bien faire. J'ai eu ce que j'avais demandé en deux jours ! Si j'avais fait la même demande, dans mon ancien hôpital, j'aurais ramé pendant des mois pour obtenir satisfaction. Autre exemple, avec la direction : j'avais besoin d'un instrument chirurgical. Dans le Public, où je travaillais jusqu'alors, le directeur ne m'aurait jamais reçu

---

176 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

pour cette question et m'aurait dit d'inscrire ma requête dans les demandes d'acquisition pour le prochain budget ; cela aurait été discuté en CME. Il y avait une procédure, on n'y dérogeait pas. Là, le directeur-adjoint, M. Radigales, m'a reçu avec la volonté de comprendre ce que je voulais. Une fois convaincu, il me promet de trouver la solution. Un mois après, l'appareil était livré ! Dès les premiers mois, j'ai senti que je n'étais plus dans le même type de structure, même si l'HJD exerçait lui aussi une mission de Service Public. Je n'ai jamais regretté ce choix d'intégrer cette *Maison* dans laquelle je suis resté 17 ans, jusqu'en décembre 2009<sup>177</sup> ».

### Réorganisation complète du service des Urgences

En mars 1993, la CME se penche sur l'organisation du service des Urgences. La permanence médicale est assurée 24 heures sur 24. Le laboratoire, la radiologie et le bloc chirurgical doivent effectuer des astreintes. Des locaux spécifiques doivent être réservés aux Urgences : une salle de déchocage équipée, une salle de plâtre, des box d'accueil... « Les Urgences sont importantes pour le "recrutement" en Médecine, en Chirurgie, en Gynécologie. L'Urgence est un élément stratégique pour le développement et le maintien de l'HJD. Si on perd ce service, on sera déqualifié, on deviendra moyen séjour », met en garde un médecin.

Septembre 1993, en CME : le Dr Uzan : « L'Urgence est mal organisée et mal assurée. Son activité est définie comme l'activité structurante de l'Hôpital. C'est donc un secteur clé dans la vie d'un hôpital. Une restructuration est en cours. Cela devrait permettre une amélioration du service rendu au patient et un meilleur "recrutement" pour la Médecine et la Chirurgie. Une analyse montre que l'HJD n'est pas capable d'assurer aujourd'hui les urgences "vraies". Or, ce service doit pouvoir prendre en charge toutes les urgences, les gérer avant de les orienter et les garder plusieurs heures avant transfert vers un service de Réanimation. Cela demande un renforcement des équipes médicales, chirurgicales, obstétricales et de réanimation, ainsi que des locaux appropriés. Nous ne sommes actuellement pas assez "solides" pour demander au centre 15 de nous envoyer les urgences du quartier. La mise en place d'un véritable service d'Urgences va changer l'image de marque de l'établissement ». M. Cauquil, d'accord avec le constat : « Si l'on veut défendre l'activité hospitalière, il faut développer un vrai service d'Urgences ; cela passe par un investissement matériel et humain. Le projet architectural de réaménagement des Urgences est prévu, mais pas avant 18 mois ».

Novembre 1994 : le service des Urgences doit ouvrir le 1<sup>er</sup> décembre. Le directeur précise : « Nous devons rester un hôpital de soins aigus, avec des services d'hospitalisation performants. Nous devons continuer à avoir l'agrément d'Urgences Médicales, Chirurgicales et Obstétricales, mais également Psycho-Sociales. Nos anciens médecins généralistes sont devenus des médecins spécialistes. C'est une bonne chose pour l'hôpital, mais cela pose un

---

177 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

problème de fond grave : la consultation de première intention, qui était assurée par les médecins généralistes de l'HJD, n'est plus assurée et est aujourd'hui récupérée par les médecins urgentistes ». M. Radigales : « L'Hôpital est repéré comme un établissement dispensant des soins de Médecine Générale ». Le Dr Garipuy ne peut que constater le fait que les orientations du service de Médecine sont toutes autres et qu'effectivement « nous faisons moins de Médecine Générale ». Pour le Dr X, la solution consiste à renvoyer les patients vers les médecins généralistes du quartier Saint-Cyprien; ce serait un juste renvoi d'ascenseur : « Pendant de nombreuses années, beaucoup parlaient de notre propre intégrité, sauf que si le "recrutement" de patients pour notre hôpital ne se faisait pas, c'est parce que les médecins correspondants ne nous envoyaient aucun patient. Si l'on se contente de fonctionner en autarcie, c'est la mort assurée ! S'il y a échange avec le tissu médical, tout le monde en tirera profit ». Pour le Dr Casanova, la seule Médecine Générale qui restera dans les hôpitaux sera la Médecine Interne ; la Médecine Générale de famille n'étant pas de la médecine hospitalière.

Un mouvement de grève aux Urgences fait apparaître des tensions fragilisant la solidarité de l'institution. Les restrictions budgétaires mettent en péril la cohésion des équipes entre elles et en leur sein. En janvier 1995, la CME réagit de manière virulente à ce mouvement de grève de plus de 48 heures aux Urgences et réfléchit aux mesures à prendre pour y répondre. Le Dr Uzan, président de la CME : « Il y a un problème manifeste sur la réorganisation et le redéploiement du personnel du service de Soins Intensifs vers les Urgences la nuit. C'est le motif de cette grève ». Le directeur-adjoint explique que le conflit n'est pas posé en terme de charge de travail, mais de sécurité pour les patients : « Je doute toutefois que cette sécurité ne soit pas assurée ». Ne pas assurer un service minimum, durant toute la durée de cette grève, paraît une responsabilité relativement lourde à porter pour le service des Urgences, note le Dr Garipuy. « On gagnera la bataille pour nos Urgences quand la preuve sera faite que le service fonctionne réellement », ajoute-t-il, avant d'exposer ses craintes de voir s'accroître les divisions entre les services. M. Radigales pense que le secteur privé est prêt à assurer les urgences sans moyen supplémentaire et, pour lui, « dire qu'on se met en grève car la sécurité des malades n'est pas assurée met l'établissement dans une situation difficile ; cela nous obligera à batailler pour obtenir l'agrément des autorités de tutelle ». « Je pense qu'il faudrait faire un effort volontariste, prouver que cela fonctionne et ensuite nous gagnerions les moyens », dit le Dr Uzan. Le Dr Casanova est quant à lui catégorique : « Cette grève est grave car inopinée. Je la condamne. C'est un acte irresponsable. Mais si le service des Urgences revendique davantage de personnel pour travailler correctement, il faut les écouter et faire une étude de la charge de travail ». Le Dr X se dit outré de la manière dont cela s'est passé, et ce, malgré les arguments derrière : « On ne ferme pas comme cela un service d'Urgences ! Le personnel d'encadrement a mal joué son rôle ».

Le Dr Jonca était aux premières loges en tant que médecin urgentiste et n'a pas été informée de ce mouvement : « Je suis scandalisée de la façon dont cela s'est passé. Le fonctionnement du service des Urgences ne nécessitait pas ce conflit. J'ai l'impression que les surveillantes confondent souvent leur rôle avec celui des syndicalistes. Dans ces périodes de conflit où il n'y a pas la sérénité qu'il devrait y avoir, certains personnels responsables attisent au lieu d'apaiser ». M. Cauquil tempère : « Malgré la difficulté du moment, le conflit est terminé. Le service des Urgences et celui des Soins Intensifs reprennent le travail demain matin. Mon devoir est d'apaiser les situations, de tenter de les comprendre. Si nous obtenons l'agrément pour le service des Urgences, ce sera avec des moyens conséquents ». Le Dr X conclut : « Cela donne une image désastreuse de l'HJD ». Ce mouvement de grève de plus de 48 heures est jugé par la CME, à l'unanimité, comme totalement disproportionné par rapport au motif du conflit ; il a nui, selon elle, gravement à l'image de marque de l'Hôpital et il affaiblit la direction dans sa négociation avec les autorités de tutelle pour le budget 1995.

Février 1999 : les missions du service des Urgences sont abordées. Les relations entre les services d'Urgences et de Médecine vont se tendre... Le Dr Uzan résume : « Jusqu'à la fin des années 1990, le service des Urgences recevait des patients pour des consultations "tout venant" et assurait un service de porte. Des investissements importants ont été réalisés pour permettre à ce service d'améliorer la qualité d'accueil et la sécurité des patients. Depuis Novembre 1998, un médecin urgentiste a décidé que les patients venant en consultation non urgente, ou ne débouchant, ni sur une hospitalisation, ni sur un acte majeur, ne relevaient pas des Urgences mais des médecins de Médecine. Un conflit s'est alors développé entre médecins des Urgences et de Médecine. Dernièrement, un patient s'est présenté aux Urgences : il a été réorienté par la secrétaire vers les consultations ! Ce patient n'a pas subi d'examen médical et relevait manifestement de soins d'urgence (il a été hospitalisé pour hernie étranglée). La vraie conception d'un service des Urgences est de prendre en charge les urgences et d'assurer la consultation de porte. Il faudra réfléchir à la gestion en amont et en aval ». Le Dr Le Camus défend son service : « Les Urgences font partie du projet d'établissement. Plusieurs problèmes se posent à lui : la violence fait partie intégrante de notre quotidien, il faut la "digérer" ; ensuite, le service est submergé par des consultations non urgentes (80% environ). Il est inadmissible que les secrétaires des consultations externes orientent vers les Urgences les patients sans rendez-vous. Je ne suis pas le Chef de Service des consultations sans rendez-vous ! Enfin, je n'accepte pas le fait que les patients attendent sur des brancards pendant des heures une place dans un service. C'est de la fausse qualité ! En outre, les médecins urgentistes sont des confrères et, à ce titre, il faut les respecter. Je souhaiterais préciser que la secrétaire des Urgences ne fait pas le tri et ne refuse pas les patients. Le service des Urgences va être agréé UPATOU (Unité de proximité, d'accueil, de traitement, d'orientation des Urgences) ». Le Dr

Garipuy a cru lire que « la "bobologie" de patients précaires représentait une part importante des patients des Urgences et que cela était considéré comme un "plus" par les autorités de tutelle. Apparemment, le service des Urgences a pris de nouvelles orientations... ». Il semble en effet difficile d'empêcher un hôpital public du centre ville, dans un quartier en difficulté, d'être confronté à un grand nombre de consultations. De plus, *Varsovie* a toujours joué le rôle de dispensaire. Les médecins de Médecine ont longtemps fonctionné comme des médecins généralistes. Mais depuis les années 1990, ils ont passé la main à des médecins généralistes correspondants. A la fin de cette décennie, les Urgences sont engorgées par un grand nombre de consultations externes ; cela entraîne un dysfonctionnement du service. Cet engorgement des Urgences pénalise l'établissement tout entier, moins d'urgences "vraies" signifiant moins de "recrutement" en Médecine et Chirurgie. Une réflexion sera ainsi menée sur une activité de dispensaire et d'urgences sociales, pour les patients ne pouvant faire appel à un médecin généraliste, pour des raisons socio-économiques et de dépendance. Le but sera de préserver la pratique de la Médecine Sociale à Joseph-Ducuing. En corollaire, se pose la question du service Social de plus en plus lourd à porter (à la limite d'un point de rupture) compte tenu de la patientèle de l'HJD. « Ce service n'est pas digne de ce nom et les surveillantes font des prouesses », avance le Dr Garipuy. Il ne semble pas y avoir suffisamment d'assistantes sociales : la permanence et la continuité du service ne sont pas assurées. Le Dr Uzan exprime, pour la CME, le vœu que la direction étudie et règle, dans les meilleures conditions possibles, le dysfonctionnement du service Social. L'enjeu est majeur pour l'institution puisqu'il s'agit de continuer à prendre en charge les populations sociales démunies ou à risque d'exclusion...

Le Dr Loup : « Un hôpital général MCO doit avoir un service d'Urgences adossé. C'est d'autant plus important lorsqu'on a une vocation sociale. Les Urgences sont une porte d'entrée extraordinaire : c'est la rue qui entre dans l'Hôpital. A une époque, la question de fermer notre service s'est posée. Aujourd'hui, l'ARS nous reconnaît totalement ; nous sommes intégrés dans le réseau des Soins d'Urgences. En 1995, nous avions 8000 passages par an (sorte de consultation sans rendez-vous essentiellement). Il y avait très peu d'ambulances, de transports SAMU ou de sapeurs-pompiers qui venaient chez nous. Maintenant, nous réalisons 15 000 passages (davantage que les cliniques Saint-Jean et Ambroise- Paré), le SMUR nous amène des patients, avec les pompiers ça n'arrête pas...<sup>178</sup> ».

#### La Maternité, victime de son succès : après la qualité, la quantité

Février 1994 : l'activité du service de Maternité devient un enjeu comptable, ce qui n'a pas grand chose à voir avec l'esprit de l'HJD qui cherche davantage le qualitatif et se penche plus volontiers sur l'intérêt humain que sur celui de la calculatrice. Mais la direction dit :

---

178 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

« Nous gardons l'objectif de réaliser 1000 accouchements par an avec trois gynécologues plein-temps. Les seuils avancés par le ministère de la Santé sont de 1000 à 1200 naissances par an. Nous devons gagner cet objectif quantitatif pour ne pas être condamnables un jour. Ce service est un pôle important de l'activité et du rayonnement de l'HJD ». Le Dr X, Chef du service concerné, déplore ses conditions de travail : « Nous ne pouvons assurer 800 accouchements avec un seul gynécologue plein-temps. Les directives sont de trois accoucheurs plein-temps pour 500 accouchements. Il faut tenir compte de la réalité de la demande des patientes : qualité technique et sécurité, accueil convivial et agréable, présence d'un médecin à l'accouchement... ». Cela demande évidemment des moyens...

### Les coopérations poussées par les politiques de Santé

Nous abordons maintenant ce qui constitue un véritable choc culturel pour cette institution. En effet, les circonstances économiques, les nouvelles règles budgétaires dictées par les politiques de Santé contraignent *Varsovie* à discuter avec le secteur privé à but lucratif, notamment en vue de coopérations. Si ces dernières sont naturelles avec le secteur public, avec le secteur privé nous constaterons quelques réticences. Ainsi, en mars 1994, est évoquée une coopération avec le CCR (Centre Claudius Regaud), pour l'utilisation de leur scanner. Quatre ans plus tard (mars 1998), le CHU souhaite céder des consultations. Deux axes directeurs sont rappelés : conserver l'éthique d'un hôpital ouvert à tous et rechercher la qualité pour pouvoir exister. L'ouverture vers l'extérieur sera abordée avec le CA, en s'orientant a priori plutôt vers des partenariats avec le CHU qu'avec le secteur libéral. D'après un membre de la CME, le CHU aurait des difficultés et serait demandeur de collaborations avec de petites structures.

Mai 1999 : M. Cauquil, au sujet du service de Chirurgie : « Un moyen de réponse sera la coopération car les moyens alloués seront insuffisants. Nous ne pourrions pas répondre à une permanence de spécialité 24 heures sur 24, 365 jours par an ». M. Radigales : « Le CHU est prêt à nous confier certains patients en Chirurgie Digestive et Orthopédique pour se délester et se recentrer sur des missions plus pointues, plus élitistes, en rapport avec leur nouveau projet d'établissement. Il faut cependant être prudent : la coopération doit être mutuellement avantageuse ». M. Cauquil explique que le CHU doit « comme nous, à une autre échelle, maintenir un équilibre budgétaire. Nos intérêts réciproques nous poussent à nous rencontrer. Notre coopération avec l'ICR démontre que cela peut bien se passer ». En juin 1999, les possibilités de coopération avec le CHU, en Cardiologie, Diabétologie, Gynécologie, Orthopédie et Chirurgie Viscérale, sont actées.

Juillet 1999 : Un projet de collaboration entre la clinique Ambroise-Paré et l'HJD est à l'étude : le 7 juillet, M. Cauquil et le Dr Uzan ont participé à la CME de cette clinique pour en discuter. De possibles coopérations pourraient voir le jour en Chirurgie Viscérale, en

Orthopédie, en Néonatalogie et pour les Urgences. Le Dr Uzan se dit extrêmement réticent : « Aujourd'hui, des regroupements se dessinent dans le secteur libéral. L'entente n'a pas été possible avec la clinique du Parc. Alors Ambroise-Paré se tourne vers nous. Pourquoi ? ». Le Dr Garipuy : « Une collaboration doit avoir un intérêt réciproque ; je me demande, là, si Joseph-Ducuing en a un ». Le Dr Casanova croit deviner qu' « Ambroise-Paré est intéressée par notre potentiel chirurgical, et qu'en contrepartie elle nous cédera les pathologies qu'elle ne souhaite pas prendre en charge ». De son côté, M. Cauquil dit se préoccuper de l'avenir de son établissement : « La coopération doit s'élaborer dans un respect mutuel. Bien entendu, l'établissement n'amorcera pas une dynamique qui le condamnerait ». Le Dr Garipuy enchaîne : « L'HJD doit privilégier toutes les coopérations possibles avec le secteur public mais ne doit pas être hostile aux coopérations avec le secteur libéral. C'est de bonne guerre que de négocier sur les deux tableaux ». Ce passage témoigne du fait que les mentalités ont évolué : travailler avec le privé à but lucratif aurait été impensable ne serait-ce que cinq ans auparavant...

Septembre 1999 : le rapprochement entre Ambroise-Paré et Joseph-Ducuing se précise... Le Dr Combis, président de la CME d'Ambroise-Paré, présente sa clinique : « [Elle] repose sur cinq spécialités : la Gynécologie-Obstétrique – qui réalise 3 000 accouchements par an –, l'ORL, la Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, l'Urologie, la Chirurgie Générale et Digestive. La pression importante des autorités de tutelle nous pousse, nous aussi, à rechercher des coopérations. Cela va dans le sens de l'efficacité et de la qualité des soins et peut aider à mieux résoudre les problèmes de Santé publique. Il nous paraît plus facile de travailler avec votre structure car nos modes d'exercice différents ne poussent à aucune concurrence. Nous avons nos spécificités et nous pouvons être complémentaires tout en préservant nos individualités et nos modes de fonctionnement propres. Une coopération médicale mutuelle, dans le cadre de la prise en charge d'astreintes, dans certaines spécialités, peut soulager certains médecins de part et d'autre ». Le Dr Uzan, résume : « Il s'agit là d'une proposition de mariage ». Un brin hostile, le Dr Le Camus met en garde son interlocuteur externe : « Joseph-Ducuing participe au Service Public hospitalier et reçoit toutes les populations, sans discrimination aucune. Le médecin qui accueille et traite un patient en urgence doit l'orienter vers la structure qui assurera la meilleure prise en charge. [...] Nous pouvons certes collaborer ensemble et décider d'un site commun d'Urgences, mais comment se fera l'orientation du patient ? Il faut définir un cadre et fixer des limites quant à la charge de patients à accueillir. Le service d'Urgences de l'HJD assure 9 000 passages par an avec 3,5 médecins équivalent temps-plein. Difficile de faire plus. Assurer une permanence ne peut se faire sans moyens ». Le Dr Rezaï, représentant les tutelles, rappelle les règles à respecter par toutes les parties : « le plan d'Urgences demande aux établissements de collaborer sans aucun moyen supplémentaire ». Le Dr Combis : « Chez nous, les urgences sont nominatives,

adressées directement au médecin spécialiste. Il y a très peu d'urgences "sauvages". Seule la Gynécologie-Obstétrique ne passe pas par ce circuit. Nous pourrions imaginer adresser à l'HJD, en tenant compte de la pathologie, les patients non-adressés nominativement à un médecin de la clinique Ambroise-Paré ». Le Dr Casanova avance sur son terrain : « Nous pourrions collaborer sur la complémentarité en Chirurgie tout au moins. Pour la Chirurgie Viscérale et Traumatologique nous coopérons déjà avec le CHU ; de même lorsque la pathologie est trop lourde ou trop spécialisée. Dans le domaine de l'Urologie, nous faisons déjà appel à l'équipe d'Ambroise-Paré ». Le Dr Y, assez circonspect, comprend mal les motivations de cette clinique. Le Dr Saint-Dizier ajoute : « Du fait de notre participation au Service Public, nous avons tendance à nous tourner vers le CHU. Nous n'avons aucune expérience de travail avec une clinique privée. Nous devons analyser votre proposition mais j'entrevois une possible coopération ainsi : la grosse planète attire la petite ». Le Dr Marmet se veut rassurant : « En Soins Palliatifs, la coopération est positive ». Le Dr Combis relativise cette coopération qui ne s'établirait que pour certaines spécialités. M. Cauquil : « L'établissement n'a pas l'habitude de travailler avec le secteur libéral. C'est un problème culturel. Aujourd'hui, nous nous interrogeons sur l'avenir de la structure ; je souhaite que cette discussion aille plus loin. Nous devons trouver des coopérations et des complémentarités en terme de qualité de soins, de prise en charge des malades et d'allègement des coûts. Si nous ne concrétisons pas avec la clinique Ambroise-Paré, ce sera avec une autre structure. Je ne veux rien contraindre mais nous pouvons faire quelque chose en commun. Nous devons trouver des intérêts financiers mutuels (nous y gagnerons économiquement, si nous mettons en commun des moyens). Nos établissements doivent se trouver renforcés par cette coopération ». Le Dr Bessière, pharmacien-biologiste, prévient : « La coopération doit être synonyme de "recrutement" pour l'établissement ; les Urgences de Joseph-Ducuing ne doivent pas se modifier en porte d'entrée de la clinique Ambroise Paré ». Le directeur, se désolant de la frilosité des salariés de sa structure : « Si vous considérez que ce rapprochement, c'est se fourrer dans la gueule du loup, il ne faut pas aller plus loin ! ». Le Dr Casanova : « Il faut que ce soit intéressant en terme de "recrutement" et de répartition : chaque spécialité doit s'y retrouver ». Madame Le Nir, directrice d'Ambroise-Paré : « Le taux d'occupation de notre clinique avoisine 100%. Nous ne souhaitons faire main basse sur aucune spécialité. La mise en place d'une unité d'Urgences résoudrait le problème de l'orientation du patient. Pour nous, l'existence d'un site d'Urgences est une nécessité. Si des relations s'établissent entre nos équipes, de manière fiable et construite, nous répondrons présents le jour où votre établissement sera dans le besoin. Le Dr Uzan : « La répartition des patients ne doit pas se faire en fonction de leur couverture sociale ; l'HJD ne devra pas seulement gérer les cas sociaux ». Un poil provocateur, le Dr Garipuy rappelle ce qui se fait déjà : « Les SDF, alcooliques ou autres toxicomanes sont déjà orientés en

urgences à Ducuing ». Le Dr Combis reconnaît qu' « aujourd'hui, la clinique oriente les patients en difficulté sociale vers le Public », mais Madame Le Nir tient à préciser que « [sa Maternité] accueille des patientes qui se trouvent dans des situations sociales compliquées ». Le Dr Combis, en guise de conclusion : « Notre souhait de rapprochement ne dissimule aucune mauvaise intention. Vous devez en tirer bénéfice en terme d'image de marque ».

Les deux membres invités finissent par quitter la séance, ce qui laisse place à une discussion à "bâtons rompus". Le Dr Saint-Dizier affirme son point de vue : « Je suis pour être prudent, bien évidemment, mais il ne faut pas partir à reculons. L'HJD ne soigne pas que les pauvres et la clinique Ambroise-Paré ne soigne pas que les riches. Notre image de marque est plus sociale en Médecine, mais pas en Maternité ». En fin analyste, le Dr Casanova dit à son tour : « La logique qui réside dans leur démarche n'est autre que de ventiler sur le Public des prises en charge non techniques qui leur bloquent des lits. C'est le problème de toutes les cliniques privées. Elles doivent rentabiliser la structure en termes d'actes. Toute pathologie susceptible d'être couverte par un acte "rentable" est accueillie. Par contre, ils ne veulent pas voir stagner dans leurs lits des patients ["non rentables"] ». Le Dr Delsol : « Nous devons très nettement préciser que nous n'assurerons pas la prise en charge de convalescents ». M. Cauquil rappelle : « Nous menons deux démarches : la coopération avec le CHU est la plus naturelle mais nous ne devons en exclure aucune. Les seules pistes actuelles sont le CHU et Ambroise-Paré ». Le Dr Saint-Dizier, en "rafraîchisseur" de mémoires : « Tout le monde semble intéressé par la proposition du CHU. Pourtant, l'expérience montre que des tentatives du CHU de vouloir faire de notre Hôpital un service de soins de suites ont existé ! ». Le Dr Delsol, catégorique : « Il faut avoir les mêmes exigences vis-à-vis du CHU qu'avec le secteur libéral ».

Octobre 1999 : la question de savoir pourquoi le CHU sollicite l'HJD pour des coopérations s'invite de nouveau sur la table. M Cauquil pense que c'est surtout pour des raisons budgétaires et de recentrage de son activité sur des pôles d'excellence comme la recherche. Il poursuit : « Les Soins d'Accueil d'Urgences seront déversés sur le SAU de la clinique de l'Union, le POSU (Pôle Spécialisé d'Urgences) des cliniques Pasteur et des Cèdres, et les UPATOU des cliniques du Parc, d'Ambroise-Paré et de l'Hôpital Joseph-Ducuing. Cette proposition est intéressante car elle peut nous permettre d'atteindre un taux d'occupation satisfaisant ». Cependant, les coopérations posent un autre problème : celui du transport, car l'établissement "expéditeur" paye le "destinataire" !

NB : pour cette partie sur les coopérations, se reporter également aux projets d'établissement.

#### La création du Centre méthadone

Juin 1994 : étape importante de la construction de l'HJD. Un procès verbal, datant de cette époque, rappelle le vote à l'unanimité pour la constitution d'un réseau ville-hôpital de lutte

contre la Toxicomanie et pour la création d'un Centre méthadone, en relation avec les médecins internistes, sous le contrôle de la pharmacie de l'Hôpital. Le Dr Uzan expose la situation : « Les médecins libéraux veulent prendre en charge certaines pathologies. Il serait intéressant de mettre en place avec eux des études cliniques et des prises en charge thérapeutiques. Il faut les associer à la prise en charge des malades qui viennent à l'Hôpital ». M. Radigales : « Le ministère apprécie que notre projet intègre d'emblée, comme co-prescripteurs, les médecins du réseau, formés à la prise en charge de ces patients ». Quasiment vingt ans après, M. Roumy rapporte : « L'ouverture d'un Centre de méthadone – type de structures qui existe depuis les années soixante aux États-Unis – a fait de notre établissement un précurseur en France. C'est un autre exemple de la veine novatrice de Joseph-Ducuing<sup>179</sup> ». Le Dr Saint-Dizier confirme que l'Addictologie s'est bien développée avec la création du premier Centre de méthadone de Toulouse (appelé PASSAGE), rattaché à l'HJD : « Ce fut une longue bataille de conviction contre les autorités sanitaires françaises pour amener, en France, les traitements de substitution qui n'existaient pas dans notre pays puisque c'était illégal ! Nous avons fait une démarche importante, en invitant nos collègues hollandais à venir à Toulouse, pour venir parler de ces traitements substitutifs qui permettaient de soigner des héroïnomanes injecteurs<sup>180</sup> ». Le Dr Loup s'en souvient : « Le CHU nous appelait de temps en temps pour nous demander des conseils concernant l'utilisation des produits de substitution. Nous avons coutume de dire que nous étions leur ligne d'astreinte pour la prise en charge des toxicomanes...<sup>181</sup> ».

#### La prise en charge de la douleur et des Soins Palliatifs, le Professeur Marmet

Dans les années 1992-1993, lors de l'élaboration du projet d'Unité Régionale de Référence en Soins Palliatifs, les équipes de l'HJD ont été confrontées à l'intensification des questions et des échanges sur la fin de vie. Cependant, l'institution devait se focaliser sur ses projets de mise en place des Soins Palliatifs et de prise en charge de la douleur, laissant alors une part des questions aux débats citoyens, éthiques et politiques. L'institution voulait être novatrice en matière de douleur et de Soins Palliatifs, en gardant en tête la prise en charge globale des patients. L'HJD était déjà confronté aux souffrances et à la fin de vie de patients atteints de cancers, du VIH, de pathologies chroniques. Messieurs Cauquil et Radigales ont porté ce projet avec enthousiasme, pugnacité, et ont bénéficié d'un retour très positif, à tous les étages de la structure, à commencer par le CA.

12 octobre 1992 : la CME émet un avis favorable, à l'unanimité, pour la création d'une unité régionale d'accompagnement et de soins palliatifs à l'HJD. Mars 1993 : M. Cauquil annonce que la création de cette unité sur leur site (unité de soins, d'enseignement, de

---

179 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

180 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

181 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

formation continue) est confirmée. Dans le prolongement de ce projet, à l'été 1994, un plan assurance qualité douleur est mis en place. A moyen terme, au travers de l'installation de l'Unité de Soins Palliatifs (USP), sera constitué un véritable réseau régional de Soins Palliatifs. A travers ces projets, le Dr Marmet et l'HJD vont s'engager dans l'enseignement et la recherche.

Novembre 1995, en CME : le Dr Marmet présente la partie principale de l'ordre du jour, intitulée : "Vers un hôpital sans douleurs". « La DDASS avait souhaité, sur Toulouse et la région Midi-Pyrénées, une structure de Soins Palliatifs qui a finalement été attribuée à l'HJD. Ce projet œcuménique regroupe plusieurs partenaires : le CCR, la Croix-Rouge française, le CHU, le secteur libéral, l'Université et notre établissement. Une des missions qui m'a été confiée vise à améliorer la prise en charge des douleurs cancéreuses et post-opératoires. La direction m'a proposé de mettre en œuvre ce programme. Je voudrais insister sur les enjeux. Le premier est humain : mieux prendre en compte la douleur des patients et leur garantir une prise en charge adaptée dans tous les services. C'est devenu une priorité de la charte du patient hospitalisé. Le deuxième enjeu est médical : nous n'échapperons plus à la nécessité de l'évaluation médicale. Ce programme nous permet d'en tester certaines modalités. Le troisième enjeu est concurrentiel : la prise en charge de la douleur apparaît aujourd'hui comme un critère d'évaluation et de comparaison de la qualité des soins. Les structures privées l'ont compris, notamment dans la région toulousaine, où l'on voit apparaître des équipes spécialisées en Algologie. La Mutualité française et la Fondation de l'avenir pour la recherche appliquée l'ont également bien compris. Ils comptent créer un club d'assurance qualité douleur ouvert à tout le réseau hospitalier mutualiste, qui pourrait s'ouvrir, par le canal de la FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aides à la Personne), à tous les établissements privés à but non lucratif, dont le nôtre ». Le Dr Uzan semble séduit : « La prise en charge de la douleur est une démarche positive pour le confort du patient et l'image de l'Hôpital ». Le Dr Marmet remarque que « depuis la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur, dans le service de Médecine, les prescriptions médicales ont changé (montée très significative des prescriptions d'opiacés) ». Le Dr Uzan rappelle en plus que « dans la pratique, ça n'a pas augmenté la charge de travail. Les personnels ont été formés et y sont plus attentifs ; c'est un état d'esprit. Le protocole fonctionne bien, règle les problèmes de douleurs aiguës ou chroniques ». Le Dr Marmet confirme : « ce programme est une incitation à réfléchir sur nos pratiques ».

Les Soins Palliatifs ont renforcé l'image de l'HJD dans le paysage toulousain (beaucoup savaient que c'était le premier endroit de la ville qui s'en occupait). Alain Radigales se souvient : « A Joseph-Ducuing et même sur les autres places hospitalières françaises, nous étions mauvais sur la prise en charge de la douleur. Il se trouve que Michel Roumy était neurobiologiste et avait travaillé sur les noci-récepteurs (donc sur la douleur). Il a attiré notre

attention sur ce domaine, ainsi que sur les Soins Palliatifs<sup>182</sup> ». M. Roumy rapporte : « Au début des années 1990, un appel d'offre est fait pour accueillir les Soins Palliatifs à Toulouse ; cela fait écho au Comité Consultatif National d'Éthique qui, en 1991, dans son avis n°63, stipulait : ces soins font partie des missions de l'hôpital, et leur accès est présenté comme un droit des malades. L'association des Amis de la Médecine Sociale s'est montrée enthousiaste. L'HJD, seul à se présenter, a obtenu les Soins Palliatifs. Mais le responsable de la CPAM demanda de refaire voter notre CA : il trouvait scandaleux qu'on fasse des "mouroirs" dans les hôpitaux. Certains médecins de l'Hôpital, voyant aussi cette unité comme un "mouroir", étaient réticents. Là, j'ai mesuré qu'en France nous avons du retard en comparaison avec l'Angleterre où ce genre d'unité a existé à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale<sup>183</sup> ». Ceci est confirmé par le Professeur Marmet : « Avant mes stages en Angleterre, quand je prescrivais des doses de plus de 200 milligrammes de morphine, je ne me sentais pas très à l'aise. Le Médecin-Chef de l'hospice Saint-Joseph de Londres, qui me recevait lors d'un stage en 1985, se moquait de nous, les Français. Le premier jour, il nous présente un patient : "Quelle dose d'opiacé pensez-vous que je lui prescris chaque jour ?" Dans ma tête, je me dis que nous sommes en Angleterre, qu'ils donnent des doses plus importantes. Je me lance : "cinq cents milligrammes"... Éclats de rire du médecin qui finit par nous dire que ce patient était sous quatre grammes d'héroïne par jour, pour soulager les douleurs de son cancer ! Fort de mon expérience, je rentre à Rodez, à ma consultation de la douleur et je me lâche sur mes prescriptions morphiniques... Six mois après, j'étais convoqué devant le Conseil de l'Ordre qui me demandait si je n'étais pas devenu un dealer ! Les pharmaciens, eux, refusaient de délivrer mes prescriptions...<sup>184</sup> ». « Le Centre régional d'accompagnement et de soins palliatifs est une belle réussite, insiste le Dr Loup. Le Dr Marmet a été nommé Professeur, avant son départ en retraite, ce qui a été une réelle consécration pour l'ensemble de sa carrière. Au regard de l'histoire de l'HJD, il y eut les Espagnols fondateurs, puis leurs successeurs, avec de nombreux médecins engagés et passionnés, au milieu desquels il y a les Professeurs Ducuing et Marmet. C'est emblématique de ce que doit être notre Hôpital : nous sommes tout petits, presque insignifiants dans une ville hospitalo-universitaire ; si nous ne nous distinguons pas en défrichant des territoires nouveaux, nous finirons noyés sous la masse<sup>185</sup> ». M. Radigales se remémore, selon son propre vécu : « Au début des années 1990, avec Jacques Cauquil, nous rencontrons le directeur de Claudius Regaud, le Professeur Carton (cancérologue) ; il est favorable pour que se monte une unité régionale de référence en Soins Palliatifs. Mais pas au CCR, parce que c'est « trop connoté ». L'idée première était de créer cette unité au CHU. Nous rencontrons le directeur du CHU de

---

182 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

183 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

184 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

185 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

l'époque qui nous a éconduits. On peut très bien être issu d'un petit hôpital, et adhérer à un projet stratégique pertinent, sans être suivi par les grands frères du CHU. Alors, nous sommes allés voir certains pontes, qui nous ont dit : « Nous nous occupons des vivants, pas des mourants ». Nous avons eu droit à ce genre de réflexions ! Nous avons alors rencontré le Dr Marmet, pour essayer de monter le projet chez nous. Nous n'étions au préalable pas légitimes pour cela, mais à défaut des autres, puisque personne ne voulait le faire, nous avons dit "banco" ! Comme souvent, quand on greffe quelque chose de nouveau à cet établissement, le greffon prend bien et apporte beaucoup en terme de savoir-faire. L'équipe du Dr Marmet a fait faire de gros progrès à tous les services de l'Hôpital dans la prise en charge de la douleur ; il nous a aidés aussi à conserver notre approche globale des patients<sup>186</sup> ». Son collègue, M. Jacques Cauquil, confirme : « Nous sommes allés chercher le Dr Marmet, le spécialiste régional de ces questions de prise en charge de la douleur et des Soins Palliatifs. Le Professeur Carton, qui le connaissait bien, me dit un jour qu'il serait tout à fait capable d'assurer ce service dans notre Hôpital et que son état d'esprit correspondait parfaitement à nos valeurs éthiques<sup>187</sup> ». Pour une infirmière, l'arrivée des Soins Palliatifs à l'HJD constitue une période marquante de sa carrière. Elle l'a vécue de très près : ils ont été dispensés, durant plus d'un an, dans le son service de Médecine. Elle évoque ses souvenirs : « Ce fut l'apprentissage d'une méthode plus humaine, moins médicalisée, d'appréhender la fin de vie. Il s'agissait d'apporter notre soutien aux patients, à leur famille pour les accompagner. Il n'était plus question de traitements curatifs pour prolonger inutilement leur vie ; il fallait avant tout soulager<sup>188</sup> ». De son côté, le Dr Sophie Ancellin rapporte : « Une patiente de 90 ans appartenait à l'association pour le droit de mourir dans la dignité, souffrait d'un cancer en phase terminale et était prise en charge en Soins Palliatifs. Elle nous demandait ouvertement que l'on mette fin à ses jours. Elle criait, avant même que l'on commence à lui faire la toilette, de peur d'avoir mal. Grâce aux soins reçus dans cette unité, elle est revenue sur sa demande d'euthanasie, avant de partir apaisée<sup>189</sup> ». « J'ai pour ma part [Simon Latapie] été profondément marqué, humainement et professionnellement, par mon passage en tant qu'externe dans ce service de Soins Palliatifs. Le temps était comme suspendu. Le calme régnait au sein de l'équipe. On parlait qualité de vie, confort et soutien ; on s'occupait d'êtres humains. Il y avait peu de gestes techniques : il s'agissait surtout de soins et d'écoute active. Avec la prise en charge de la douleur et des autres symptômes physiques, la souffrance morale était prise en compte, discutée. Nous accompagnions le Dr Marmet dans les chambres, avec énormément d'appréhension les premières fois. Nous étions passifs, dans une position d'observateurs : nous écoutions, nous

---

186 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

187 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

188 Une infirmière de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

189 Docteur Sophie ANCELLIN, ancienne interne de l'HJDV ; questionnaire de novembre 2014.

regardions. Le Dr Marmet nous avait expliqué que lorsque nous entrions dans leur chambre, nous entrions chez eux, dans leur intimité, il fallait se faire accepter, ne pas être intrusif. Lui s'asseyait sur le lit, à côté du patient, lui prenait parfois la main, s'accroupissait souvent afin de se rapprocher de ces personnes qui, pour la plupart, finissaient leur vie. Nous autres étudiants, restions debout, derrière, mal à l'aise du fait de la distance. Mais comment nous positionner physiquement ? L'interrogatoire n'avait rien à voir avec ce que nous connaissions : les médecins [je m'inclus], souvent trop pressés, ont tendance à poser des tas de questions, à couper les réponses trop longues et à parler davantage que leurs patients. Là, c'était le contraire : le Dr Marmet ouvrait une brèche, attendait un temps que la personne s'y engouffre et, dans le cas contraire, la refermait. Les silences, parfois interminables, devenaient presque assourdissants au début. C'était franchement déroutant ! Puis nous nous sommes habitués à cet espace laissé au patient. Tout ce savoir-être (écouter, savoir utiliser les silences) m'a énormément servi (et continue à me servir tous les jours), notamment lorsque j'ai été confronté à des annonces de diagnostics graves ou bien à des personnes relevant de soins palliatifs, en particulier quand je me suis retrouvé plus esseulé, dans la peau d'un interne. Ces attitudes, ces paroles ne s'apprennent pas dans les livres, elles s'éprouvent et s'acquièrent au lit des patients. Il est vraiment regrettable et dommageable que les externes ne soient plus amenés à découvrir cette unité en particulier. C'était l'une des rares occasions d'appréhender, de manière quasi-exclusive, la mort, la souffrance physique (avec la prise en charge des douleurs) et morale (avec l'accompagnement, le soutien psychologique des patients et de leur famille), d'aborder les problèmes éthiques et de se poser des questions sur son rôle de soignant, avec une prise de recul que l'on a peu l'occasion d'avoir ailleurs. Les situations de fin de vie créent des moments d'une intensité rare, des liens que ni le temps ni la mort n'effacent ».

Je vous propose à présent de lire le témoignage du principal intéressé, le Professeur Thierry Marmet. Il connaît l'HJD depuis qu'il est étudiant en Médecine. Il appréciait alors son approche des naissances, ainsi que son ouverture aux plus vulnérables. Il connaissait l'attache politique forte de l'établissement avec le Parti Communiste, ainsi que l'histoire de sa création par les Républicains espagnols. En tant qu'étudiant, il était admiratif des médecins qui y travaillaient et se serait bien vu y exercer à l'époque. Il se représentait cette institution exactement comme il se représentait la Médecine : non exclusivement centrée sur la maladie. Pour lui, « la maladie est un fait dans l'histoire d'une personne, de son vécu, de son environnement, de sa culture. Une personne malade ne doit pas être déshumanisée en étant simplement réduite à un fait morbide<sup>190</sup> ». Il enchaîne avec le début de sa passionnante carrière : « Je m'étais plutôt orienté vers la recherche en Santé publique, en Aveyron, autour du maintien des personnes âgées à domicile ; je travaillais pour la Mutualité Française qui a été

---

190 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

associée aux travaux de la Commission Laroque, dans le début des années 1980, autour de la fin de vie. Je travaillais en parallèle en consultation contre la douleur, à l'hôpital de Rodez. En 1990, le directeur du Centre anti-cancéreux, Michel Carton, est désigné président d'une commission de travail sur un projet d'installation des Soins Palliatifs à Toulouse, initialement prévue au CHU. Cet homme connaissait mes travaux sur les Soins Palliatifs. Avec les tutelles, ils me proposent d'être la cheville ouvrière de la construction de ce projet. Durant deux années, un travail important est mené de manière interactive avec les hôpitaux, dont l'HJD. En 1993, le Préfet et la DRASS donnent un avis favorable à la mise en place du projet. Cela est soumis au CHU qui rejette ce projet en commission médicale ; le directeur du CHU suit son avis, contre toute attente, alors que le projet est financé et que les cadres et les soignants du CHU, avec lesquels j'avais travaillé, étaient prêts à s'investir. Le Préfet et la DRASS se tournent alors vers Michel Carton, et ce dernier de répondre : non, pas chez nous non plus. Ils se tournent enfin vers l'HJD, parce qu'ils souhaitaient voir cette installation se mettre en place dans le Public : le projet fut accepté ! Six mois plus tard, le directeur de l'Hôpital m'appelle en me disant que, sur Toulouse, personne ne saurait mener le service et que les médecins exerçant déjà dans son établissement ne se voyaient pas légitimes dans ce domaine. « Accepteriez-vous de venir travailler chez nous ? » C'était pour moi un beau défi et l'idée de venir travailler dans cet Hôpital me plaisait. Ce fut "marché conclu" ; j'y suis finalement resté de mai 1994 à Février 2013, soit un peu plus de 18 ans<sup>191</sup> ».

Concernant le plan assurance qualité douleur, le Professeur Marmet me répond que cela faisait partie de ses travaux de recherche en Santé publique : « Le temps d'installer les Soins Palliatifs, je me suis réinvesti, durant six mois, dans le service de Médecine et, parallèlement, mes collègues m'ont proposé de lancer un programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans tout l'Hôpital ! Six mois après, les prescriptions d'opiacés avaient augmenté de six cents pour-cent ! Dès lors, l'Hôpital est resté sur cette attention particulière sur la prise en charge de la douleur. Ceci a conduit un peu plus tard à installer une consultation de la douleur chronique et a contribué à la notoriété de l'établissement dans le microcosme toulousain<sup>192</sup> ».

« Comment avez-vous vécu l'installation de l'Unité de Soins Palliatifs (USP) ? », lui a demandé l'apprenti-journaliste que j'étais. Le Professeur Marmet commence en me disant qu'a priori, il y était plutôt opposé... Devant ma surprise, il précise sa pensée : « J'avais le sentiment que l'on abordait le sujet de la fin de vie dans une approche trop médico-technique : on avait désigné de nouveaux malades, les "mourants", on croyait à l'idée qu'il fallait des spécialistes de la question, des lieux spécifiques pour les accueillir. Or, pour moi, la problématique des Soins Palliatifs c'était : comment permettre à des personnes, qui sont gravement malades, de vivre

---

191 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

192 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

avec une qualité de vie préservée, en prenant en compte leur histoire, leur environnement ? Ma préoccupation n'était pas la mort, mais la manière dont on pouvait organiser et prendre en charge le temps de vie restant. Ceci dit, j'étais d'accord avec l'idée qu'il fallait des lieux dédiés. Ma principale inquiétude fut la suivante : comment faire pour que ça ne soit pas un "mouroir" ? Cela a été dur pour moi quand j'ai appris la manière dont on allait restructurer l'Hôpital : la Médecine, la Chirurgie, la Maternité et les Urgences du côté de la rue Varsovie, au milieu le château avec toute l'administration, et puis, dans l'ancien bâtiment de Médecine, du côté de la rue Jean-de-Pins, on logerait l'USP. Cela allait, pour moi, accroître l'idée que cette unité était un lieu particulier, hors du cadre de l'Hôpital. Le CHU et le CCR avaient refusé d'accueillir les Soins Palliatifs ; l'HJD avait dit oui, mais cela s'est fait cinq cents mètres plus loin, avec une séparation nette... Nous fîmes une étude, auprès des soignants de l'HJD. Elle confirmait mes craintes : clairement, ils se représentaient l'USP comme un "mouroir", certains avouant même ne pas pouvoir, ni le traverser, ni y entrer ! La peur de la mort et de cet endroit-là étaient assez impressionnants. L'exemple du modèle anglo-saxon, d'un lieu dédié aux personnes en fin de vie, avait été choisi pour l'USP de Joseph-Ducuing, au risque d'en faire un ghetto. Par la suite, nous avons essayé de tenir le discours qu'il fallait finalement déployer une démarche palliative, en l'appliquant à toutes les personnes âgées ou souffrant de maladies chroniques<sup>193</sup> ».

#### La prise en charge des personnes les plus démunies

Si le souci d'accueillir et de soigner les personnes les plus démunies a toujours été l'un des chevaux de bataille de cet Hôpital, pour autant, les personnels soignants et administratifs tiennent à ne pas tomber dans l'excès, en ne faisant plus que de la Médecine Sociale.

En Décembre 1990, la région toulousaine fut traversée par une importante vague de froid. Le directeur de l'établissement se vit demander par la DDASS de loger momentanément quelques personnes sans domicile dans l'usine désaffectée. Les discussions furent âpres en CME. Quelqu'un répondit qu'il ne fallait pas accepter d'accueillir tous les clochards et les marginaux de Toulouse. Un autre pensait que si l'organisation était bien structurée, pour un temps bien défini, cela ne poserait pas de problème. Un autre encore suggéra de proposer l'accueil d'adolescents uniquement. Le directeur conclut de cette manière : « Cette situation ne me séduit pas, mais l'HJD a besoin de la DDASS. Il ne serait pas correct, ni bienvenu, de répondre négativement. Toutes les précautions seront prises pour ne déranger, ni la tranquillité des malades, ni le fonctionnement de l'Hôpital ».

En 1994 est signée avec l'État une convention d'accès aux soins des personnes les plus démunies ; elle permettait à l'établissement d'être réglé financièrement des dossiers de soins des personnes les plus démunies. En effet, ces patients généraient jusqu'alors des créances

---

193 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

irrecouvrables. Ainsi seraient recouverts les consultations, les petits actes ambulatoires, les actes dentaires, les radiographies et les actes de laboratoire. Cela pourrait déboucher sur la délivrance de médicaments par la pharmacie de l'Hôpital également. Le directeur-adjoint, M. Radigales, précise les objectifs de cette convention : « D'une part, soigner des patients qui ne seraient pas ou seraient mal soignés et pour lesquels il y aurait une prescription non suivie de la délivrance de médicaments. D'autre part, l'objectif est d'impulser chez ces patients le désir de régulariser leur situation au travers d'un réseau social. Le Dr Casanova, inquiet : « Comment assurer notre rôle d'hôpital avec tous ces projets ? Nous n'avons aucun intérêt à nous substituer à d'autres. Pour cela, il y a des dispensaires municipaux, Médecins du Monde... Il faut faire une médecine hospitalière ! ». Le Dr Garipuy pense que « la possibilité de délivrer des médicaments à des patients venus en consultation, qui n'auraient aucun moyen pour en avoir, est intéressante, même si cela n'est pas fréquent. Si l'on raisonne en terme de ce qui donne l'image de marque de l'établissement, il y a le SIDA et la Toxicomanie. Cette convention est marginale, mais intéressante pour une partie de nos patients. Nous devons continuer à prendre en charge tout le monde, tout en précisant que nous ne sommes pas le dépotoir des patients démunis ». Le directeur rappelle les enjeux : « Depuis 1991, les déficits ne sont plus repris. Le montant des créances irrécouvrables s'élève, pour 1993, à 450 000 francs ! L'État met en place une structure administrative, en parallèle de la dotation globale, pour recouvrer ces créances. Nous avons une mission hospitalière de caractère public que nous devons remplir. La signature de cette convention permettra simplement d'être réglé des actes que nous faisons ».

Novembre 1995 : Illustration de l'activité sociale de l'Hôpital : le Dr Dore pose la question du nombre de personnes envoyées à Ducuing, par des cliniques privées, parce qu'elles ne sont pas solvables. Le directeur prévient : « L'établissement ne doit pas être labellisé "hôpital gratuit", mais il est normal de prendre en charge ces personnes ».

Ce passage traduit avec force la volonté des personnels attachés à cette institution de ne pas faire que du social, de rester pluridisciplinaire pour ne pas devenir un hôpital "pour pauvres". Si l'engagement auprès des plus faibles est important dans cet établissement, beaucoup sont exaspérés par la caricature et la vision exclusivement sociale que se font de nombreuses autres structures hospitalières au sujet de l'HJD. L'éthique qui règne dans cette structure n'a échappé, ni aux patients, ni aux autres établissements qui savent en user, en abuser parfois, pour se décharger de la mission d'accueil de "cas complexes", de "cas sociaux" (mission qui normalement échoit à toute structure de soins). M. Paulo nous rapporte que cette image leur a collé à la peau : « Les gens qui n'avaient pas un rond savaient qu'ils trouveraient toujours à *Varsovie* une réponse médicale. Mais il n'y a pas de fumée sans feu, je fais mon mea culpa : il m'est arrivé de faire des radios de façon gracieuse à des gens en difficulté. Aujourd'hui, malgré le contexte économique, l'administration nous laisse encore une marge :

nous ne devons pas être en défaut par rapport à nos valeurs et nous soignerons toujours les patients en situation de grande précarité ou en marge de la société<sup>194</sup> ».

Résumons ce que prêche à penser l'Éthique médicale, concernant les situations de grande précarité. Plus une personne subit une telle situation, plus elle se sent rejetée ; son degré de pauvreté est le reflet de son intégration sociale. Sans logement ni ressources, ces personnes sont en demande d'aides confuses, humiliantes, éparpillées... Ce sont ces populations qui devraient être prioritaires dans l'accès aux soins ; pourtant, cet accès leur est difficile. Si la prévention a nettement progressé, pour les personnes en situation de précarité, au contraire, le dépistage et le suivi des maladies cardiovasculaires, cancéreuses ou infectieuses, restent du domaine du virtuel ; ceci grève encore plus lourdement leur espérance de vie et renforce, par là même, les inégalités et l'injustice<sup>195</sup>.

#### Deux nouvelles figures : le Docteur Loup et le Docteur Gaches.

1995 marque le début de la coopération du Dr Philippe Loup avec l'HJD. Il a fait ses études à Toulouse, sans avoir beaucoup entendu parler de cet Hôpital (il savait simplement qu'il avait été proche des communistes). Il y a fait des remplacements aux Urgences avant d'être embauché, en tant que titulaire, en 1996. Il est arrivé en pleine période de travaux : « Depuis la moitié du service actuel des Urgences jusqu'à la rue Varsovie, il y avait un grand trou ; c'était un hôpital en chantier, exposé au bruit quotidien des marteau-piqueurs mais l'ambiance était très sympathique. J'avais 32 ans et M. Cauquil, en m'embauchant, me demande comment je vois l'avenir. Je lui réponds que je resterai à Joseph-Ducuing mais que, certainement, après 40 ans, j'arrêterai les Urgences. J'en ai 51 aujourd'hui (2014), j'y suis toujours [il est actuellement Chef de Service et président de la CME]<sup>196</sup> ».

Novembre 1996 voit l'arrivée du Dr Francis Gaches à l'HJD. Il y pratique la Médecine Interne depuis 17 ans et a succédé au Dr Uzan comme Chef de Service. « Je connais l'Hôpital de réputation depuis une trentaine d'années (j'étais étudiant en Médecine). Je le savais très social, accueillant tous types de patients, sans sélections, avec une fibre militante et je connaissais son histoire. Dans la foulée de mon internat et de mon clinicat, j'ai postulé à Joseph-Ducuing – je souhaitais y travailler depuis un moment. J'ai eu de la chance : ils recherchaient un interniste. Mes quatre collègues médecins m'ont accueilli très gentiment en me disant qu'il n'y avait pas vraiment de chef et qu'ils prenaient les décisions ensemble et se disaient tout. Quand je suis arrivé, nous étions encore dans l'ancien service de Médecine (c'était avant la restructuration de l'Hôpital) : il y avait des chambres à 4 ou 5 lits. Pour moi les

---

194 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

195 Didier SICARD, opus cité ; p. 98-99.

196 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

nouveaux locaux n'ont rien changé à la mentalité<sup>197</sup> ».

### Quelques mots explicatifs sur la FEHAP, par Monsieur Alain Radigales

M. Radigales, qui connaît bien cette institution pour en être un délégué régional, nous résume ce qu'est la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) : « Il existe en France une organisation de santé particulière (spécificité originale en Europe et dans le monde) pour répondre aux besoins de santé de la population, en terme d'hospitalisation. Il y a trois secteurs : le Public, avec la FHF (Fédération hospitalière de France), le privé, avec la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée) qui représente les cliniques à but lucratif et, enfin, le secteur appelé PNL (Privé Non Lucratif), auquel appartient la FEHAP. Ce dernier secteur (PNL) a été créé en 1936, au moment de la préfiguration qui a abouti à la loi de 1945 instituant les textes de la Sécurité Sociale. La FEHAP est née avec l'idée qu'il fallait répondre à l'ensemble des besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux. C'était déjà la préparation de l'esprit – pas de la lettre – de la loi HPST (2009) qui entendait ouvrir l'ensemble du parcours de vie, du parcours de soins du patient. Le secteur PNL a un savoir-faire, mais n'a pas du tout de faire-savoir : il occupe peu le devant de la scène, médiatiquement parlant ; c'est une mosaïque d'instituts, d'associations, de fondations, de congrégations... Il existe 3600 établissements FEHAP en France et près de 400 en Midi-Pyrénées ! La FEHAP est œcuménique : on y croise aussi bien des religieux (toutes religions confondues) que des laïques, des représentants syndicaux ou politiques. Parmi les objectifs de la FEHAP, citons le fait de procurer à toutes les populations des soins de qualité, celui de favoriser l'accès aux soins et aux droits et enfin celui de faciliter l'accès à toutes les composantes de la santé, en travaillant sur l'aspect social. La Médecine est, bien entendu, l'une des composantes de l'action en faveur de l'amélioration de la santé, mais pas la seule. C'est un fait établi que l'amélioration des conditions de vie a grandement contribué à augmenter l'espérance de vie<sup>198</sup> ».

### Les relations avec les médecins généralistes du quartier

Il est remarquable de noter les bonnes relations de l'HJD avec les généralistes du quartier Saint-Cyprien : ils sont traités avec considération. Des soirées-débats sont organisées avec eux. L'une d'elle, le 6 décembre 1995, portait sur les difficultés et les attentes que ces médecins traitants avaient concernant l'HJD, ainsi que sur la présentation des équipes médicales, des projets... Ces relations étroites s'expliquent : la taille modeste de l'institution les facilite, l'HJD a toujours tenu à se maintenir dans son quartier historique afin de ne pas s'éloigner de ses médecins correspondants, et surtout, de ses patients ; enfin, le fonctionnement

---

197 Docteur Francis GACHES, entretien du 7 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

198 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

des équipes médicales, notamment en Médecine, attachées à la prise en charge globale des patients, reflète un état d'esprit proche de celui du médecin généraliste. C'est l'héritage historique et culturel de l'ancien Hôpital du "généraliste".

### Les pathologies de l'adolescent

Septembre 1997 : Un projet de prise en charge des adolescents en difficulté, hors pathologies psychiatriques, est mis en avant. Il répond à un besoin réel de Santé publique qui n'est satisfait, ni au plan départemental, ni au plan régional. Le Dr Saint-Dizier nous éclaire : « Si vous êtes fils ou fille de "bonne famille" et que vous avez une pathologie ou un mal-être, responsable d'un trouble du comportement (et d'un renvoi possible du lycée), les soins vous arrivent tout de suite (éducateurs, pédopsychiatres...). En revanche, si vous venez d'une famille modeste, éventuellement d'origine étrangère, dans un quartier défavorisé, personne ne s'occupe de vous. Ils ont moins accès aux soins psychiatriques ou somatiques. Pourtant, les anorexiques ne se rencontrent pas que dans les familles "bourgeoises". Pour pallier ce manque, nous nous sommes occupés des pathologies de l'adolescent<sup>199</sup> ».

### Fermeture de l'Urologie, voire de la Chirurgie ? Les tutelles contraignent l'activité...

Abordons maintenant les manœuvres des autorités de tutelle pour contraindre l'Hôpital à travailler sur certains secteurs et à en abandonner d'autres. La dégradation de l'ambiance entre les personnels se propage à l'ensemble de l'établissement. Heureusement, dans ce genre de situation, un réflexe de solidarité resurgit rapidement et se rappelle au bon souvenir de chacun : des ripostes, des réflexions stratégiques sont menées en CME, mais aussi en dehors.

Le Dr Loup nous l'illustre, quinze ans plus tard : « Des mouvements sociaux importants ont eu lieu à cette période : grèves, réunions dans le hall d'entrée (je me souviens d'un Marc Uzan montant sur une chaise pour ramener le calme). Ça tanguait énormément : nous ne savions pas si les autorités sanitaires voulaient fermer les Urgences, l'Urologie...<sup>200</sup> ».

Mars 1998, M. Radigales : « Notre établissement n'est pas visé par les autorités de tutelle. En revanche, on veut nous contraindre à travailler à bas bruit dans les secteurs des Urgences et en Chirurgie, en nous cantonnant à pratiquer une Médecine Sociale. Or, pratiquer une telle Médecine nécessite des médecins et un plateau technique de qualité afin que tout le monde soit soigné au même niveau. Un débat sur notre avenir doit être mené ». Le Dr Uzan croit comprendre qu'« on veut nous faire faire une médecine pauvre pour les pauvres ». Le Dr Garipuy : « Nous avons toujours dérangé, mais pas plus maintenant qu'avant ! ».

Octobre 1998. Quand l'ARH attaque, la cohésion au sein de l'HJD se resserre, l'esprit

---

199 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

200 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

combatif devient de rigueur. En effet, si le rapport d'une Commission d'enquête (diligentée par les Pouvoirs Publics) rappelle d'abord que l'hôpital s'est restructuré, développé, conformément à son projet d'établissement de 1992, il pointe ensuite le doigt sur un déficit de 3 MF depuis le dernier exercice. Ce rapport prête aussi à polémiquer, devenant « un os à ronger donné aux syndicats ». Le salaire des médecins est stigmatisé (« ils s'arrondissent bien leurs fins de mois avec les gardes ») : ce serait en grande partie la cause du déficit remarqué. La direction s'est défendue en se référant à la convention collective pour verser les salaires (grilles, ancienneté). Ce rapport "assassin" relève également : « Le travail en réseau, en passe de devenir un label de qualité, ne connaît pas, à l'HJD, de développement tel qu'il pourrait être cité comme un point fort de son fonctionnement ». Le Dr Garipuy décoche la première flèche en disant que depuis 1994, le réseau Ville-Hôpital Toxicomanie est reconnu par le ministère (Joseph-Ducuing en est le pôle référent). « Votre activité SIDA est marginale [...] ». Mais ceci est vrai partout selon le Dr Garipuy, même au CHU : « La file active de l'HJD se situe au-delà de cent patients, ce qui est non négligeable puisque c'est la troisième file active de Midi-Pyrénées ! ». Cette Commission d'enquête parle encore « d'abandon du projet des pathologies de l'adolescent » mais elle se voit retourner que les moyens ne sont pas donnés à l'HJD pour le mettre en place... Ce rapport parle aussi de « développement de la Chirurgie tous azimuts ». Il y a là une contrevérité, selon le Dr Casanova, qui réplique : « Il y a une cohérence entre toutes les spécialités. Nous avons abandonné l'ORL et la stomatologie car elles n'étaient pas fondamentales. Notre service a déposé un projet de convention avec les services d'Orthopédie et d'Urologie de Purpan (pour nous compléter dans les domaines des gardes et astreintes, des pathologies, dans l'utilisation et l'acquisition de matériel...). Cette Commission nous dit de développer la chirurgie ambulatoire mais cela nous est impossible si l'on ne nous accorde pas de nouveaux moyens ! ». Le Dr Saint-Dizier n'est pas en reste : il est choqué par le ton utilisé dans certains passages, confinant parfois à la méchanceté : « Nous sommes accusés de trop nous occuper de Psychiatrie (20%) ; or, on oublie de préciser que la moitié sont des toxicomanes et des alcooliques. Dans ce domaine, le Dr Garipuy et moi-même sommes reconnus compétents par la Direction Générale de la Santé. Il est écrit plus loin qu'« une pratique ancienne consiste à accepter de traiter des pathologies mentales sans que l'institution ne dispose de médecins spécialisés pour ce faire » ; là encore, la compétence d'une équipe ne se décrète pas, elle se mesure à l'indice de satisfaction des patients et à la confiance de nos pairs et maîtres ! ». Le Dr Garipuy ne semble pas surpris : « J'ai vécu le rapport médical de la Commission d'enquête comme un rapport dont les conclusions étaient faites d'avance. Le passage sur la remise en cause des compétences professionnelles est inadmissible et insultant ! Ce n'est pas un rapport confraternel mais tendancieux ! ». Le Dr Frédéric Jonca n'est pas dupe non plus : « Le débat est passionné. Les conclusions étaient connues avant même l'analyse de

la situation. C'est plus un moyen de justifier certaines décisions que de réaliser une analyse objective de la situation. Il y a une discordance entre le rapport lui-même (épais, détaillé, méthodologique) et la pauvreté relative des conclusions. La tutelle n'assume pas ses choix politiques. Il faut poser clairement les choses : Doit-on fermer la Chirurgie ? A qui doit-on s'adresser aujourd'hui pour trouver une réponse juste à nos préoccupations ? Les tutelles doivent faire preuve d'engagement plutôt que de nier les services rendus par l'Hôpital. C'est là un piège qui consiste à déstabiliser et à défaire la cohésion. J'attire l'attention de tous pour resserrer cette cohésion. C'est le moment d'élaborer un projet médical qui ait de la force ! ». Le Dr Rezaï, représentant les autorités de tutelle, avance que ce rapport est un document diagnostique, avant d'ajouter que le directeur de l'ARH tranchera. Le Dr Uzan résume la situation : « La partition était écrite d'avance. Elle a simplement été mise en musique. Tout ce que l'on a dit sur le service de Médecine est fait dans le but de dévaloriser certaines personnes et activités. Cela m'étonne de la part de Médecins Inspecteurs qui nous connaissent et que nous connaissons... ». Le directeur, M. Cauquil, achève : « Ce rapport, dont on vit amèrement les conclusions, est une phase diagnostique préalable à la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens. Le déficit ne sera pas repris mais notre Hôpital reste performant. Nous devons réussir rapidement l'équilibre budgétaire indispensable à la pérennité de notre institution ». Quinze ans après, le président du CA, M. Roumy, témoigne : « Nous avons recruté, à un moment donné, le Dr Frédéric Jonca (urologue). Les tutelles disaient, sans le dire vraiment, « l'Urologie est réservée au CHU ou aux cliniques privées ; il est hors de question que Ducuing ait une activité urologique ». Ils ont alors tout fait pour que l'Urologie n'ait plus sa place chez nous. Cela a laissé du ressentiment envers les Médecins Inspecteurs des tutelles<sup>201</sup> ». Le Dr Aczel nous explique pourquoi cette spécialité avait toute sa place au sein de la structure : « L'Urologie était un pivot central entre la Gynécologie, la Cancérologie et la Chirurgie Viscérale. L'apport du Dr Jonca était très important pour l'HJD : il faisait partie des greffeurs de reins, il était médecin référent du CCR pour le cancer de testicule...<sup>202</sup> ».

Je vous propose une nouvelle immersion, avec un extrait de la CME de février 1999, où est discutée l'orientation stratégique de l'établissement, avec notamment le maintien de cette Urologie. Le Dr Uzan commence par dire cela : « Nous devons explorer toutes les possibilités pour que cette spécialité vive à Joseph-Ducuing. Nous devons débattre des orientations de l'établissement, de son avenir et de sa place à Toulouse ». Le Dr Casanova, avec énormément d'amertume : « Le projet du service de Chirurgie était cohérent, prometteur et fonctionnait. Il nous a permis de développer notre activité. Ce projet reposait sur quatre spécialités. Pour des raisons non médicales, il est arrêté : le plein-temps d'Urologie est supprimé. En raison du

---

201 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

202 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

départ du Dr Jonca, la direction a envisagé la suppression de lits de Chirurgie (en passant de 40 à 33 lits), ce qui mettrait rapidement le service en situation d'échec et dans l'obligation d'être dissoute – avec les conséquences que cela aurait sur l'établissement ». Il poursuit, sur un ton plus combatif : « Puisque les autorités de tutelle suppriment l'Urologie, il faut procéder à un recentrage fort de la Chirurgie, sur les spécialités existantes (et reconnues par l'ARH comme faisant partie de nos missions). Nous devons arriver à un niveau d'activité identique à celui d'aujourd'hui pour être crédibles ». Mais il prévient : « La suppression de lits chirurgicaux est la mise sur compteur de notre extinction ! ». En 2014, ce même Dr Casanova revient sur cette période douloureuse où la Chirurgie a été mise à rude épreuve : « Au moment où nous touchions au but, après tant d'efforts et d'espoirs, nous avons été douchés par l'ARH ! Elle avait conclu, peu ou prou, que notre établissement n'avait pas vraiment vocation, non pas à exister, mais en tout cas à faire de la Chirurgie. Notre service devait sauter... Mais les représentants des tutelles savaient que s'ils abordaient la question de façon frontale, ça allait "chauffer". Le projet était donc de nous démanteler petit à petit. Là, il y eut un vrai tournant pour l'Hôpital, la Chirurgie étant sur la sellette. Ils nous ont imposé de fermer l'Urologie. Nous avons ensuite tenu bon sur cette ligne de défense : l'abandon de l'Urologie, d'accord (pas le choix), mais nous gardons nos spécialités de Chirurgie Générale (Orthopédie, Traumatologie, Viscéral et Gynécologie) puisque nous sommes hôpital général de centre ville. Ce recul tactique nous a permis de conforter notre position puisque nous n'avons plus rien lâché<sup>203</sup> ». Mais revenons en février 1999, avec le Dr Uzan à l'offensive : « Il ne faut pas supprimer l'Urologie ; cela s'inscrit dans une démarche de Service Public. C'est là un choix emblématique et ne pas le défendre, c'est déstabiliser l'ensemble de l'établissement. Le directeur continue à appliquer la politique qu'il considère nécessaire. Une réunion a eu lieu pour annoncer les mesures d'économie envisagées par la direction, sans aucune concertation préalable avec les équipes médicales. Quelle crédibilité peut-on avoir vis-à-vis de la direction et quel rôle joue la CME dans cet établissement ? Le mouvement de grève illimitée est le témoin d'un profond désarroi. Les médecins ont été stigmatisés par les organisations syndicales. La situation est dramatique et fait ressortir un grave dysfonctionnement dans la direction de l'établissement. La CME est consultative, elle a toujours pris ses responsabilités et a toujours joué son rôle ». Le Dr Casanova partage cette analyse : « Les événements de ces derniers jours sont le résultat d'une absence de discussion, de concertation ». Le Dr Garipuy surenchérit : « Nous avons assisté à une crise de confiance grave, avec une coupure complète de la direction avec les médecins et les personnels d'encadrement. Il y a aujourd'hui un manque de communication entre tous. On ne peut diriger un établissement s'il n'y a pas un minimum de cohésion entre tous les personnels. La grève illimitée n'est que la traduction de ce malaise. Il faut profiter de ce conflit

---

203 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

pour changer les choses. Le maintien de l'Urologie ne se pose plus, maintenant, mais c'est la première fois que l'on se laisse imposer une orientation médicale de cet ordre. Le projet de la Chirurgie était cohérent et en phase d'aboutir. Cela oblige la Chirurgie et l'établissement à trouver des solutions plus compliquées ». Le Dr X : « On ne va pas s'auto-flageller éternellement ! Nous sommes tous responsables de ne pas avoir voulu voir ce qui nous attendait. Cela va être difficile de discuter du projet d'établissement avec un budget qui nous limite à l'avance. Avec quelle marge de manœuvre va-t-on pouvoir travailler ? D'une certaine manière, notre histoire est écrite par les autorités de tutelle... ». Le Dr Saint-Dizier ajoute : « On a cru que le plan Juppé et son application étaient bousculables. Force est de constater que le rapport médical fait à l'établissement était un leurre puisque l'ARH applique ses décisions de façon autoritaire. Il faut engager la bataille jusqu'au bout ! Je n'ose pas penser qu'il s'agit d'erreurs stratégiques. C'est fait à des fins politiques ! Il faudra tenir compte de ce plan Juppé et des orientations tracées par ces tutelles dans l'élaboration du futur projet d'établissement ». Le Dr Delsol demande si l'ARH a décidé de ne pas donner de crédits supplémentaires ou a mis un veto à l'Urologie. Ce à quoi le Dr Uzan répond que l'ARH a fortement conseillé. Le Dr Garipuy rectifie : « C'est plus qu'une forte incitation ! Pour les autorités de tutelle, l'Urologie n'entrait pas dans les missions d'un hôpital général. Ceci dit, on ne s'est pas battu pour qu'il en soit autrement ». Le directeur répond aux attaques qui fusent de toutes parts : « Le conflit que nous venons de vivre est révélateur du dialogue social interne ; il reflète les difficultés passées et l'incertitude qui a pesé ces derniers mois sur notre capacité à solutionner la crise budgétaire. Ce sont des moments dramatiques dans la vie d'une petite institution comme la nôtre. J'entends, pour ce qui me concerne, réviser ma fonction de manager afin d'être plus à l'écoute de l'encadrement et du personnel des services. Je souhaite aussi que tous les médecins fassent l'effort nécessaire à l'émergence d'un dialogue utile avec les personnels de leur service et que vous preniez en compte les orientations nouvelles. Je note déjà votre volonté de resserrer vos efforts sur des choix plus limités, en capacité avec nos possibilités financières. Pour l'Urologie, il est faux de dire que la direction ne s'est pas battue ! Le CA avait décidé de défendre cette spécialité : j'ai rencontré à trois reprises les autorités de tutelle à ce sujet. Je n'ai peut-être pas été assez performant ou convaincant, mais une réalité s'est imposée à moi et je ne me sentais pas en capacité de promettre au Dr Jonca le développement de sa spécialité dans notre structure. Je regrette son départ ». Le Dr Garipuy tempère : « Nous ne contestons pas le fait qu'il ait été mal défendu. Simplement je pense que l'HJD aurait pu présenter un budget équilibré avec maintien du plein-temps d'Urologie et mener une bataille là-dessus. Cela aurait nécessité de faire des économies ailleurs et de prendre d'autres décisions douloureuses, en concertation avec la CME et les syndicats. Nous avons cédé sans combattre. Nous ne sommes pas dans une configuration de négociation avec la DDASS ou la DRASS. C'est de la vraie

politique ! ». Le Dr X semble accepter plus facilement ces nouvelles "règles du jeu" : « Nous ne pouvons pas continuer de penser que l'on va pouvoir ficeler un projet si nos choix ne sont pas approuvés par les autorités de tutelle. Nous allons devoir nous crucifier dans certains choix. Nous pouvons avoir des envies mais il faut savoir comment se situer dans le SROS (Schémas régionaux d'organisation des soins). Même si le personnel est associé aux décisions, cela peut être démobilisant si les décisions ne sont pas suivies ». Le Dr Frédéric Jonca résume sa situation : « J'ai été recruté il y a deux ans pour développer l'Urologie. Aujourd'hui, le cadre légal est très rigide, nous ne pourrions pas nous développer en restant seuls, encore moins avec les ultimatums des autorités de tutelle. Il faut contractualiser avec elles. Nous ne pourrions plus passer en force. Si nous voulons être présents en Urologie, dans les dix années à venir, il doit y avoir des développements budgétaires. Nous nous sommes battus là-dessus. Depuis début 1998, nous avons cherché des appuis, des solutions avec d'autres structures, mais ce fut en vain. D'un côté, il y a le veto qualitatif de l'ARH et de l'autre l'absence de soutien. Tous ces éléments m'ont permis de prendre ma décision ». Pour finir, le Dr Frédéric Jonca délivre ce qui pourrait s'apparenter à un testament : « Les autorités de tutelle semblent vouloir s'engager à ce que la Chirurgie continue à exister à l'HJD. Aujourd'hui, trois spécialités reposent sur un seul individu ; si l'on continue à entretenir des spécialités avec des hommes isolés, le même processus se reproduira... Multiplier les spécialités ferait augmenter les coûts de fonctionnement : cela ne passera pas. Il faut renforcer ce qui existe ». Le Dr Saint-Dizier pose une question fondamentale : « Avec le budget attribué, peut-on fonctionner sur la base d'un hôpital général de centre ville, de proximité et ouvert à tous ? ». M. Cauquil est convaincu que oui : « En développant des projets, en continuant à être performants, en élaborant un projet médical respectueux des nouvelles réglementations, nous continuerons à vivre. Le rapport de la Commission d'Enquête est la base de la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens qui servira à déterminer les orientations de l'Hôpital. Mais l'expérience prouve qu'il y a souvent beaucoup d'objectifs et peu de moyens... ».

Le Dr Laure Jonca revient, plus de quinze ans après, sur ce fait marquant lié à l'arrivée des ordonnances Juppé de 1996 : « Ce fut un moment difficile, sur les plans professionnel et personnel. Nous avons douté sur la pérennité de la structure : les tutelles souhaitaient fermer des activités chez nous. Personnellement, cela m'a touchée puisqu'ils ont supprimé le poste de l'urologue qui était mon mari. Professionnellement, ce n'était pas non plus facile : nous nous demandions pourquoi les autorités sanitaires fermaient ces postes et surtout ce qu'elles voulaient faire de notre institution<sup>204</sup> ». Le Dr Daniel Garipuy témoigne à son tour : « Nous avons été forcés de nous séparer de l'Urologie. Cela a soulevé de gros débats et une sorte de bras de fer avec les tutelles. Il y a eu une ambiance tendue durant un an. Nous ne savions pas

---

204 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

très bien ce que nous allions devenir. Heureusement, nous avons été soutenus par certaines personnes importantes des tutelles qui avaient compris que, au-delà de l'aspect quantitatif, nous avions une place singulière à Toulouse, que personne d'autre n'occupait. Il y avait alors un intérêt à maintenir l'HJD<sup>205</sup> ». Le Dr Saint-Dizier, au sujet de cette période trouble : « Les économistes des autorités de santé se sont demandés à quoi pouvait bien servir l'HJD et si cela changerait l'accessibilité aux soins, à Toulouse, s'il venait à être rayé de la carte. Leur première réponse était de dire que cela ne changerait rien. Nous avons ainsi failli disparaître ! Nous avons dû nous battre pour montrer que nous étions utiles. Les membres du CA nous ont soutenus pour dire : voilà notre fonction, nous n'en avons pas d'autre et nous ne voulons pas être absorbés ailleurs<sup>206</sup> ».

Juin 1999 : la discussion avec les autorités de tutelle est sortie de l'affrontement. Les propos tenus sont résolument positifs. Elles approuvent le projet d'établissement, reconnaissent le rôle social de l'Hôpital et son caractère de proximité, notamment dans le cadre du réseau d'Urgences. Elles aideront l'HJD à développer l'activité obstétricale : des moyens seront donnés pour que la Maternité soit agréée au niveau 1. Il faudra renforcer l'activité chirurgicale, par certains actes que le CHU n'a pas forcément vocation à prendre en charge, et réfléchir à la mise en place de la chirurgie ambulatoire, qui est régie par des décrets contraignants. Le Dr Garipuy rappelle que le climat est à la démobilitation : « Les autorités de tutelle ont tenu des propos positifs, il faut le faire savoir ». Le Dr Casanova pense que la direction a les moyens de tenir un autre discours que celui de la morosité et que si elle réussit cette opération, elle se remettra à flot complètement. M. Cauquil affirme ceci : « Nous avons eu la chance que les tutelles défendent notre structure. Nous avons à leurs yeux un rôle social à jouer en étant, en centre-ville, les seuls à représenter le secteur public (Purpan et Rangueil étant en périphérie, La Grave se désertifiant...). Nous avons été inspirés, en 1995, de ne pas déménager pour gagner de la place ; ce faisant, nous sommes restés le seul hôpital général du centre. Nos choix sont toujours allés dans ce sens, en essayant d'être toujours au meilleur niveau ».

### Les 35 heures

Octobre 1998 : l'instauration des 35 heures de travail par semaine vient s'ajouter à la longue liste de problèmes à gérer pour l'HJD. L'application de la loi sera obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2000. L'État s'est engagé à aider les établissements qui anticiperont (aides Aubry). « Nous serons soumis à la réduction du temps de travail (RTT). L'application des 35 heures pour le personnel médical paraît impossible. Cela supposerait le recrutement de 6 médecins plein-temps ! », précise le Dr Uzan. Le Dr L. Jonca : « Le danger de cette loi est

---

205 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducaing-Varsovie, Toulouse.

206 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

l'aboutissement à une dévalorisation de notre travail. Ce système ne trouve pas son sens au niveau de l'activité d'un individu. Une heure de moins par jour, cela ne veut rien dire. J'ai peur que nous soyions dans l'obligation de faire notre travail avec plus d'énergie... ». M. Cauquil : « L'objectif de cette loi sur les 35 heures est de tenter de résorber le chômage. Notre CA entend s'y associer. [...] La FEHAP envisage une baisse des rémunérations et un gain de productivité, en compensation de la baisse du temps de travail ». Le Dr Garipuy proteste : « Percevoir un salaire amputé sans bénéficier de la RTT serait inacceptable ! ». Le Dr Jonca, usant de démonstration par l'absurde : « On ne peut pas se permettre de fermer une activité parce que le médecin "récupère". Les patients se tourneront vers une autre structure ». En octobre 1999, M. Cauquil explique : « Nous ne devons pas exclure un accord défensif (ni création, ni destruction d'emploi) ». M. Roumy en tire les conséquences : « Dans ce cas, nous devons compenser par une augmentation de la charge de travail ». Le directeur, reprenant la parole : « L'accord FEHAP ne prévoit aucune baisse de salaire. Pour bénéficier des primes Aubry, il faut réaliser 7% d'embauches. Cela se traduit par une baisse d'activité ou une augmentation de la charge de travail. Nous pouvons nous demander si le ministère, au travers de la RTT, n'envisage pas de réduire l'activité et, par là même, de fermer les 60 000 lits qu'il juge superflus... ».

#### Projet médical d'établissement pour la période 2000-2005

CME de mars 1999 : le projet médical d'établissement, pour les cinq ans à venir, sera fait avec le souci de savoir ce que doit être le rôle de l'HJD, en tenant compte de ses compétences et des moyens dont il dispose. Qu'est-ce qui fait son identité, son éthique sur Toulouse ? Comment doit-il se définir ? Voilà le sujet des débats... Le Dr Casanova rappelle d'abord quelques poncifs : « Notre mission est celle d'un hôpital général participant au Service Public hospitalier. Notre activité doit être relativement diversifiée, nous devons accueillir toutes les populations et fonctionner en coopération avec les autres structures de la ville. Le projet de Chirurgie sera construit à partir de cela. Il ne faut pas se laisser enfermer dans une activité spécialisée pour certaines populations (activités "rentables") ». Le Dr Saint-Dizier poursuit : « Nos activités doivent être MCO, Urgences et Soins Palliatifs. Un hôpital de pauvres pour les pauvres ne marchera pas. Le recrutement de l'hôpital doit tout simplement être à l'image de la population toulousaine ». Le Dr Garipuy : « Pour raison budgétaire, des spécialités ont été supprimées (Dermatologie, Acupuncture, Urologie...). Il faut maintenir une pluridisciplinarité minimum, avec un éventail de spécialités suffisant pour jouer pleinement notre rôle. Il y a un seuil en deçà duquel nous perdrons ce caractère ». Pour le Dr Marmet, il s'agit de relever le défi de la qualité et de la continuité des soins, et de développer le travail en réseaux (coopérations avec des pôles de référence) pour combler les manques budgétaires. Le Dr X sème le doute : « Nous sommes en train de nous raconter des histoires. Nous sommes

amputés budgétairement. Est-ce que les autorités de tutelle veulent qu'il y ait un hôpital général, de proximité, en centre-ville ? Que veut-on faire de nous ? Lorsque nous pourrons répondre à cette question, nous pourrons nous projeter sur l'avenir. Nous pouvons avoir des souhaits mais ils passent par les contraintes du budget. J'ai besoin de savoir si nous avons un quelconque avenir dans tel ou tel "créneau" ». Le président du CA, M. Roumy, pense que la meilleure manière d'avoir une place est de la conquérir : « D'abord il faut savoir ce que nous voulons faire ; ensuite, ce sera un rapport de forces ». Il reste convaincu : « Nous avons un rôle indispensable à jouer sur la place de Toulouse ».

La question est posée de l'orientation à donner à la Maternité. Deux alternatives se profilent à l'horizon : rester de niveau 1 ou devenir Maternité de niveau 2 – prise en charge plus spécialisée – ; cette deuxième option impliquerait une augmentation de la taille du service (en dimension et en personnel). Cela développerait l'Hôpital. Cependant, à l'époque où ces discussions stratégiques sont débattues, il manque déjà l'équivalent de 5,5 postes de personnel au service pour être aux normes en vigueur pour le niveau 1. Le Dr X soutient cette évolution : « Le niveau 2 augmenterait l'activité et permettrait de désengorger La Grave. Cela impliquerait davantage de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésiste-réanimateurs, de pédiatres, de puéricultrices. Ce choix peut s'avérer décisif pour l'HJD, en terme de pérennité (si cela correspond au choix de la tutelle...). Cette perspective peut-elle être envisagée ? A-t-elle sa place dans la future organisation des réseaux de Maternité ? La qualité de notre pratique médicale et un rééquilibrage des secteurs (éviter l'engorgement du niveau 3 du CHU) peut convaincre l'ARH d'aider l'HJD à devenir niveau 2. En résumé, trois possibilités pour la Maternité : suppression du service (je le comprendrais dans un raisonnement de recentrage), maintien en l'état (ce n'est pas simple, cela constitue un pari d'avenir), ou bien prétendre au niveau 2 (avec déblocage de financements pour un fonctionnement cohérent et harmonieux) ».

Le projet du service de Médecine est le suivant : en Cardiologie, pas de secteur spécifique ; concernant la prise en charge des adolescents, la Commission d'enquête a fait le reproche de ne pas mettre en œuvre ce projet, mais faute de moyens... Les médecins pensent pouvoir prendre en charge certaines pathologies affectant les adolescents. C'est une priorité régionale [NB : un réseau de prise en charge des adolescents, auquel l'HJD appartiendra, verra finalement le jour (RAP 31)]. En Psychiatrie : continuer à faire la même chose, en tenant compte des observations de l'ARH. Pour la Cancérologie, la collaboration avec le CCR est prévue. Une accréditation "niveau 2" nécessiterait un mi-temps de cancérologue pour faire du diagnostic, mettre en œuvre une partie des traitements (chirurgie ou chimiothérapie), s'articuler avec le niveau le plus élevé. Le service de Médecine compte par ailleurs collaborer avec les autres services de l'établissement, notamment avec la Maternité, sur la prise en charge des grossesses diabétiques, sur les troubles endocriniens, sur les pathologies hépatiques (dont

l'hépatite C qui affecte beaucoup de toxicomanes actifs ou sevrés). En Diabétologie : mise aux normes et renforcement des structures d'éducation thérapeutique. Pour les personnes âgées, il faut passer des conventions pour avoir des soins de suite structurés, même si le service de Médecine traite beaucoup de pathologies gériatriques. Dans ce domaine, un problème est soulevé par un membre de la CME : « Depuis 10 ans, les besoins s'accroissent. La prise en charge des personnes âgées est une bombe à retardement ! Il n'y a pas de prise en charge du quatrième âge à Toulouse. Pour lui, les Urgences servent aujourd'hui d'aiguillage ! ». Enfin, l'établissement devrait recruter un rhumatologue (activité importante en Médecine et synergie forte avec la Chirurgie) et il faudrait également renforcer la Gastro-Entérologie.

Viennent ensuite les projets du service de Chirurgie. L'Urologie ayant été supprimée, cela a remis en cause le fonctionnement de tout le service. L'ARH souhaitant un renforcement de la Chirurgie Générale (Viscéral, Orthopédie et Gynécologie), le projet s'est donc orienté par obligation vers ces trois spécialités. Cela nécessiterait deux chirurgiens pour chaque spécialité afin d'assurer la permanence, la diversification et une meilleure attractivité. Il a été émis le souhait de conserver l'ophtalmologie, l'activité endoscopique et digestive. L'activité de chirurgie ambulatoire devra se structurer, s'organiser de manière autonome. Des coopérations avec d'autres structures sont prévues. Mais si les moyens nécessaires n'étaient pas donnés, cela remettrait en cause l'existence du service.

Pour les Soins Palliatifs : 10 lits, en priorité pour recevoir, non pas tous les patients en fin de vie, mais des patients traversant des situations de crise. Une équipe mobile, déjà en place, doit continuer à se développer, avec la ferme intention de contribuer à un réseau régional. Depuis 4 ans, le service a une activité transversale, avec le service de Médecine mais aussi avec la Chirurgie. Ceci faisant partie de l'activité mobile du service. Sur la formation, le service va être reconnu dans cette mission par l'université et l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) : c'est une possibilité de se développer, de s'ouvrir aux soignants en situation.

Le laboratoire prévoit, quant à lui, de développer la Biologie moléculaire, incontournable à l'avenir. Dans la même optique, la télétransmission des données est prévue.

Cependant, en mai 1999, le président de la CME revient aux fondamentaux, comme on dit en rugby, en rappelant que le futur projet d'établissement ne doit pas être la simple juxtaposition des différents projets de service : « Avant tout, nous devons définir l'établissement, son éthique, son rôle, ses compétences et réaffirmer ce qui nous unit ».

### Un puissant séisme ébranle l'HJD : démission en bloc de l'équipe de la Maternité

Juillet 1999. Une crise éclate à la Maternité et se propage à tout l'établissement. Un médecin, pas n'importe lequel – il s'agissait du Chef de Service –, contrarié dans ses projets, a démissionné en emportant avec lui le personnel de son service, mettant en péril l'Hôpital tout

entier. Des tensions vont refaire surface entre Médecine et Chirurgie. Mais, dans l'intérêt de tous, chacun comprend qu'il est nécessaire de rester solidaire pour traverser une telle épreuve. Plongeons-nous dans le compte rendu de la réunion de la CME. Le Dr Uzan remarque l'absence non fortuite du Dr X ce soir-là. Il résume la situation : « Depuis 3 ans, la Maternité enregistre une forte augmentation d'activité (900 accouchements cette année, contre 765 en 1985). Dernièrement, des bruits ont couru, selon lesquels l'équipe médicale de la Maternité (gynécologues et pédiatres) s'installait dans une clinique. J'ai eu une entrevue avec le Dr X qui m'a exprimé son ras-le-bol personnel. Le contexte général (situation globale de l'hospitalisation publique, contraintes budgétaires, textes législatifs) et un désaccord sur l'orientation de l'HJD ont conduit le Dr X à démissionner. Il considère que notre établissement n'est pas viable en l'état actuel des choses. Il nourrit l'espoir que la Maternité soit reconnue de niveau 2 et pense, en conséquence, qu'il faut faire des choix de spécialités. Je comprends sa position, je partage son exaspération. Des attaques, menées par le personnel à l'encontre de certains médecins, ont été soutenues par la direction. C'est inadmissible ! Pour autant, je ne partage pas sa vision de l'avenir de l'hôpital, ni sa façon de faire, incorrecte vis-à-vis de l'HJD, de ses collègues, des patients. Le Dr X a continué la construction de la Maternité : c'est son œuvre. Il n'a plus la force de poursuivre, son départ me peine. Ce n'est une bonne chose, ni pour lui, ni pour notre structure ». Le Dr Y (gynécologue) partage les idées du Dr X, mais n'est pas démissionnaire. Pour le Dr Garipuy, il paraît difficile de commenter une décision sans en connaître les raisons : « Nous avons vécu un mois sur des non-dits, des rumeurs d'une démission possible de l'équipe de Gynécologie, négociant son départ collectif dans une clinique. Cela n'a été ni confirmé, ni démenti par les intéressés, créant un mauvais climat de travail. Ce divorce, après tant d'années, est regrettable. [...] ». Le Dr Casanova s'exprime à son tour : « Nous ne connaissons jamais tous les éléments qui ont motivé cette décision mais certains facteurs ont fortement contribué à son départ. Depuis un an, avec le rapport de la Commission d'enquête, un climat de démobilisation s'est installé. Le départ du Dr Jonca a déstabilisé l'équipe chirurgicale et rendu propice le malaise. Je ne désigne aucun responsable, mais je tire la sonnette d'alarme ! Si nous voulons envisager un avenir solide, il faudra prendre les décisions favorisant la dynamique, clarifier les objectifs et pérenniser notre projet. Personne n'est irremplaçable. Si le Dr X veut partir, il doit le faire ». Le Dr Delsol : « Je ne dirai pas que personne n'est irremplaçable. Tout le monde ne peut pas se targuer d'un pareil succès : des maternités ferment, d'autres se développent. Une équipe ne se décrète pas, elle se forme et se choisit ». Le Dr Garipuy porte son inquiétude sur l'état de cette équipe à cette date. Le président de la CME souhaite proposer une rencontre avec le Dr X et lui demander de réfléchir à sa décision : « Peut-être a-t-il besoin de sortir de cette ambiance de travail permanent, de conflit et d'agression. On ne remplace pas quelqu'un de cet acabit. C'est un des piliers de l'HJD ; il faut mesurer toute la signification de cette démission.

Nous savons depuis longtemps que l'équipe de Gynécologie ne partage pas les orientations de l'hôpital mais il n'y a jamais eu de véritable débat sur ce point. Nous devons avoir cette discussion ». L'HJD pratiquant beaucoup de Médecine Générale, le Dr Y ne pense pas que cela véhicule de la Chirurgie et ne voit pas l'avenir bien clair : « L'image de l'Hôpital auprès des patients et des médecins correspondants est responsable de ça, l'expérience le prouve. Lorsque la maladie nécessite l'avis d'un spécialiste médical ou chirurgical, le patient s'oriente vers une autre structure. Je ne comprends pas que vous ne souffriez pas de cela ! ». Le Dr Casanova se défend : « Il ne s'agit pas de problème de compétence, que ce soit en Médecine ou en Chirurgie, mais d'une différence de nature fondamentale dans le "recrutement" des deux services : en Médecine, l'admission obéit largement à des critères de Service Public (accueil et soins à des populations en difficulté) ; en Chirurgie, le "recrutement" se faisant dans un secteur fortement concurrentiel, elle a besoin du soutien volontariste de tout l'établissement. Or, depuis un an ce soutien nous a fait défaut (une spécialité chirurgicale supprimée, non achèvement des travaux de bloc opératoire, etc.) ». Le Dr Garipuy corrige et défend à son tour son secteur : « La grande majorité de l'activité de Médecine relève de pathologies chroniques, de Cancérologie, de Diabétologie, de Médecine Interne et de Cardiologie. C'est un service qui tourne, mais cela se gagne. Il faut créer des liens, faire attention à la concurrence, s'ouvrir vers l'extérieur. Même si nous ne sommes pas dans la même situation de concurrence, tout n'est pas facile en Médecine ! ». Le Dr Delsol : « L'établissement doit s'ouvrir vers l'extérieur, se faire connaître ». Le président du CA, soupçonneux : « Les médecins correspondants connaissent l'HJD, ses spécialités, sa qualité de soins. Si certains malades ne nous sont pas adressés spontanément, il ne faut pas être naïfs, des intérêts financiers sont en jeu. Notre éthique, notre survie dépendront en grande partie de notre réseau, de nos médecins correspondants amis (spécialistes ou généralistes), ceux qui jouent le jeu du Service Public ». Le directeur prend la parole : « Le Dr Y a fait part de ses inquiétudes quant à l'avenir de la Chirurgie. Je ne les partage pas. La mission de Service Public, dans la ville de Toulouse, n'est pas remise en cause. Le positionnement géographique de Joseph-Ducuing a toute son importance. Il y a quelques années, le choix n'a pas été fait par les autorités de tutelle de fermer la Chirurgie chez nous même si l'Urologie a été supprimée. Les autorités s'accordent pour renforcer et maintenir à un haut niveau de compétence les trois spécialités existantes. Nous devons rechercher des coopérations avec les secteurs public et libéral. Nous conduisons des négociations en ce sens ». Le Dr Uzan exprime son sentiment d'exaspération : « J'ai l'impression que la direction est crispée sur les difficultés budgétaires et a perdu de vue le dialogue avec les médecins qui sont les premiers acteurs de l'Hôpital. Si la direction pense qu'ils doivent être menés à la baguette, il faut le dire. Le climat de confiance est détérioré. Si aujourd'hui l'équipe obstétricale est sur le départ, les autres médecins ne sont pas pour autant bien dans leur peau et il n'est pas exclu que,

si la direction conserve cette attitude, d'autres démissions ne suivent ». M. Cauquil, se sentant accablé, ne reste pas sans réagir : « J'assiste à une litanie de reproches envers la direction. Le directeur doit avoir le souci de l'avenir de son hôpital. S'il croit que cet avenir est compromis par sa position stoïque et rigide, mettant en danger la structure, il faut qu'il en tire les conclusions. J'ai décidé, avec peut-être quelques erreurs, de préserver ce que j'ai cru être l'essentiel. Mais si vous avez le sentiment que je ne suis pas à la hauteur des enjeux... J'ai certes une part de responsabilité dans le malaise qui s'est installé entre la direction et les médecins, mais je n'ai en aucun cas cherché à nuire. J'étais trop obnubilé par les restrictions budgétaires, centré sur des problèmes qui me sont apparus majeurs. J'ai tenté d'assumer les difficultés du moment. Ce poids m'a usé. Je m'interroge sur ma capacité à surmonter les nouveaux enjeux qui sont posés. Pour autant, je n'irai pas jusqu'à croire que je suis l'élément perturbateur ayant poussé le Dr X à démissionner. J'ai fait part au président du CA d'un éventuel départ en préretraite dans les prochains mois ». M. Roumy se pose en arbitre : « Je veux bien entendre qu'il y ait des frictions entre la direction et les médecins, mais la mise en accusation du directeur me semble excessive. La direction n'est responsable ni des difficultés de l'HJD, ni du départ d'un de nos médecins. L'avenir des établissements de santé n'est pas radieux. Certains débats n'ont pas eu lieu, y compris dans cette instance. Le navire n'est pas en train de sombrer, mais nous devons tous travailler à l'avenir de l'Hôpital. Même si le directeur envisage, d'ici quelques temps, un départ en préretraite, la direction reste inchangée dans l'immédiat. Le CA lui fait confiance pour continuer à mener à bien des étapes importantes (projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyens, démarche auprès du Dr X pour assurer la continuité du service...). J'appelle à un débat entre le corps médical et la direction ». On peut ici se rendre compte de la fonction fondamentale de l'Association des Amis de la Médecine Sociale, propriétaire de l'Hôpital, ici représentée par le président du CA, Michel Roumy. En essayant de dépassionner les débats, il rappelle les difficultés, les contraintes de chacune des parties. Dans sa position objective d'observateur, placé au-dessus de la mêlée, il prend de la hauteur, rappelle les règles, les enjeux, afin de s'assurer que toutes les lignes poussent dans le même sens. Ce regard extérieur est une caractéristique principale de l'HJDV, et la raison l'emporte toujours. La cohésion, l'esprit d'équipe, la solidarité sont surveillés de près. L'objectif absolu est mis en avant chaque fois que nécessaire : l'intérêt du patient, la sauvegarde de l'établissement.

Nous achevons cette CME de juillet 1999 ; le Dr Casanova rectifie le tir, au nom de l'équipe médicale : « Le directeur n'est pas à l'origine des difficultés, cela ne tient en rien à sa personnalité. Dans la tourmente, il serait bon de se rapprocher, de donner une perspective claire. L'incertitude est insupportable. Les médecins comprennent vos difficultés. L'homme n'est pas remis en cause. Vous ne devez en aucun cas démissionner. Nous devons travailler ensemble ». M. Cauquil conclut : « Je souhaite que le dialogue entre médecins et direction

s'améliore, je ne suis pas démissionnaire ».

M. Roumy me rapporte, en novembre 2013, la manière dont il a vécu ce départ en bloc de toute l'équipe de Gynécologie-Obstétrique : « Ça a été un coup monté par cette clinique. Le Chef du service de Gynécologie de l'époque, quelqu'un de très bien, nous a annoncé un jour son départ vers un autre établissement. Nous n'avons pas compris sa décision. Les autres médecins et chirurgiens du service sont partis avec lui. [...] Nous avons été très inquiets. Certaines patientes étaient carrément en pleurs, en apprenant que ce Chef de Service était parti... Mais finalement, la patientèle est plutôt restée fidèle à l'HJD...<sup>207</sup> ». Ces propos se voient confirmés par le Dr Uzan : « Nous avons réussi à surmonter la défection de toute l'équipe médicale de la Maternité qui avait cru pouvoir emmener avec elle, dans une clinique, toute sa patientèle. Cela n'a pas été le cas grâce aux sages-femmes, restées fermement à leur poste, grâce aussi aux patientes [qui sont restées fidèles à l'HJD]. De notre côté, le recrutement de nouveaux médecins permit le renforcement quantitatif et qualitatif de notre Maternité<sup>208</sup> ». En 2014, M. Radigales revient sur cet épisode douloureux : « De bons professionnels sont partis. Ils avaient été portés par la *Maison*. Ils ont cru que leur réussite sur le plan professionnel allait être transposable ailleurs, ce qui n'a pas été le cas. On s'aperçoit, finalement, que la patientèle est attachée davantage à l'institution Ducuing qu'au personnel. Il existe bien sûr des exceptions, mais c'est assez rare pour le souligner : en général, les patients restent plutôt fidèles à leur médecin qu'à une structure hospitalière. Pour revenir sur ce départ, je n'ai pas compris la genèse de leur malaise : nous avons tout pour faire une belle Maternité derrière (ce que nous avons fait). Cette décision nous a mis en péril – la Maternité réalisait déjà une part importante de notre activité. Il y a eu quelques "coquinerie" dans notre dos. Une chose est rassurante : les hommes passent mais l'institution perdure, malgré les épreuves<sup>209</sup> ». M. Cauquil a ressenti cet épisode comme une trahison : « J'en ai été meurtri au plus profond de moi. J'avais une grande confiance dans le Chef du service de Gynécologie-Obstétrique. La Maternité était flambant neuve, satisfaisait l'équipe qui y travaillait (nous n'aurions pas pu faire mieux !). Pourtant, cette équipe tout entière est partie, 35% de l'activité de la structure était menacé ! Il fallait recruter quatre gynécologues-obstétriciens (dont un Chef de Service pour porter le projet). Nous avons six mois pour les trouver. Remonter une équipe n'était pas évident. Nous n'avions pas le choix : si la Maternité tombait, l'Hôpital aussi ! Nous avons fait le tour de toute la France. Notre chance a été l'attractivité de Toulouse. Notre histoire, nos valeurs étaient présentées à chaque praticien rencontré pour que les choses soient claires. Rien n'était caché, ils savaient où ils mettaient les pieds. Nous avons réussi à sauver la Maternité, malgré toutes nos difficultés. Je pense que les tutelles ont été impressionnées par notre succès (avoir réussi à embaucher quatre

---

207 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

208 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

209 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

gynécologues alors que même les hôpitaux publics avaient du mal à l'époque à en recruter et que nous n'avions pas les arguments financiers du privé à leur offrir)<sup>210</sup>». « Cet Hôpital a vécu, comme tout le monde, des moments de crise. Mais il a toujours su rebondir<sup>211</sup> », Dr Garipuy.

### Départ en préretraite du directeur de l'établissement

En octobre 1999, dans une période encore instable, M. Cauquil rappelle son désir de céder sa place : « Les derniers événements m'ont ébranlé. Je fais le choix d'avoir une vie moins mouvementée avec cessation progressive d'activité. Je ne resterai pas directeur à mi-temps car je risquerais de faire de l'ombre à mon successeur. Les autorités de tutelle n'interféreront pas sur le choix du nouveau directeur. Je ne partirai que lorsque le climat sera apaisé. Je ne suis pas démissionnaire, j'ai demandé un poste de "chargé de mission" ». Presque quinze ans après, M. Cauquil m'avoue avoir frôlé le *burn out* à la fin de sa carrière. En 2014, M. Radigales se souvient du retrait progressif de Jacques Cauquil qui allait devenir délégué FEHAP : « Il me demande alors de prendre la suite, à temps partiel, le temps que je valide mon DESS de gestion des entreprises hospitalières. Je suis devenu directeur en 2000. Pour moi, ça a été un moment important : c'était une opportunité de réécrire le projet d'établissement et le projet associatif. Je ne me voyais pas diriger cet Hôpital sans un renforcement du trépied MCO. Avec moi, il n'y a pas eu d'appauvrissement de la Médecine, mais nous devions développer l'Obstétrique et la Chirurgie. Sans rééquilibrage, un hôpital général se trouve menacé<sup>212</sup> ».

### **D – 2000 – 2010 : un établissement reconnu, l'état d'esprit maintenu ?**

Nous aborderons ici la question des certifications, le renforcement des coopérations (véritable nécessité à l'heure des réseaux). L'équipe dirigeante sera modifiée ainsi que le mode de financement (ce dernier va accroître la pression budgétaire). Nous évoquerons la réintroduction de l'Art à l'HJD, la création de nouvelles unités, des innovations médicales (Infectiologie ostéo-articulaire) et techniques. Le développement de la Maternité, de la Chirurgie et les missions d'enseignement et de formation universitaire seront aussi traités ici.

### Les certifications (anciennement appelées accréditations)

Le Dr Aczel : « Les autorités de tutelle se sont posé des questions sur l'offre de soins, la manière dont le public la percevait et enfin sur la façon dont les gestionnaires de santé devaient orienter et gérer cette offre. Cela a entraîné fusions de services et restructurations... Dans une autre mesure, il fallait s'assurer que les services hospitaliers étaient normalisés, qualifiés, vérifiés... Cette époque est marquée par la contrainte administrative (pesante), comptabilisant

---

210 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

211 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducaing-Varsovie, Toulouse.

212 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

le moindre acte médical. Cela a été dur à appliquer à *Varsovie*, qui a longtemps vécu avec l'idée de soigner sans compter, en faisant ce qu'il y avait à faire. Les administrateurs, de leur côté, disaient : Comment savoir si vous travaillez ? Quels sont mes outils de mesure pour savoir votre niveau d'activité ?<sup>213</sup> ». Le Professeur Marmet, à propos de ces certifications : « Partons de l'idée bien connue que, si la santé n'a pas de prix, elle a un coût sur lequel nous avons, nous soignants, une responsabilité. En France, nous avons à la fois l'un des systèmes de protection sociale les plus élaborés et, en même temps, des indicateurs au rouge : trop d'examens de biologie et d'imagerie inutiles, une prescription effrénée de médicaments (et la iatrogénie que cela engendre). Lors de certifications, nous avons conduit des actions qui sont, pour moi, à la fois contre-productives et "nulles" (d'un point de vue pédagogique), et qui, en même temps, nous ont fait réfléchir. Exemples de réflexions sur l'USP : pourquoi conserver les anticoagulants injectables chez les patients en fin de vie ? Comment faire avec les antibiotiques ? Pourquoi y a-t-il autant de prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ? Un jour, nous avons pris tous les patients de l'HJD sous IPP pour analyser le bien-fondé de ces prescriptions. Résultat : 85% de ces prescriptions étaient hors indication AMM (autorisation de mise sur le marché) ! Voilà pour le côté utile de la certification. Pour le côté absurde et contre-productif, autre exemple : pour les infections nosocomiales, la quantité de solution hydro-alcoolique utilisée pour se désinfecter les mains a le même nombre de points que le travail pointilleux mis en place pour suivre ces infections, les analyser et chercher des solutions pour les éviter. Ce travail de fourmis est intéressant mais peu pris en compte. Balançons cinquante litres de solution à la poubelle et la note de la certification fera un grand bond en avant ! Ce système marche sur la tête...<sup>214</sup> ».

### L'Hôpital Joseph-Ducuing, les coopérations, les réseaux de soins

La décennie des années 2000 est celle des réseaux de soins. Joseph-Ducuing n'y échappe pas, s'ouvre davantage vers l'extérieur et porte sa voix dans les différentes instances reconnues. Il s'affirme ainsi toujours plus dans le paysage hospitalier toulousain et même au-delà.

En Février 2000, en CME, le Dr Marmet souhaite que le CHU réponde à l'appel d'offres de l'ARH sur la douleur et l'accompagnement en fin de vie : « L'ARH nous demande de nous rapprocher du Centre anti-douleur du CHU et de réfléchir ensemble sur les Soins Palliatifs en Haute-Garonne. Il faut faire monter la qualité de prise en charge, transversalement, à l'intérieur du CHU et sur l'ensemble des institutions médico-sociales et sanitaires du 31. Il faut également faire un travail de proximité avec les médecins généralistes pour prendre en charge des patients

---

213 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

214 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

sur place. L'ambition serait de toucher davantage de patients et de médecins ». Sur le reste des échanges avec le CHU, le Dr Uzan se montre circonspect : « Les malades sont "triés" en fonction de leur statut social : les soins aigus sont plutôt orientés vers le secteur privé. Les malades grabataires, en difficulté sociale, qui nécessitent une charge de travail importante nous sont davantage adressés. Je suis très attentif à la mise en place d'une collaboration dans le domaine orthopédique. L'HJD ne doit pas devenir le ghetto des populations en difficulté sociale ». M. Cauquil : « C'est à la demande d'un des médecins de l'équipe de Médecine que les choses sont ainsi. Vous devez régler ce désaccord avec lui et non avec le CHU, qui n'est nullement en faute ». Le Dr Garipuy étaye les propos de son confrère : « Il est vrai que les seuls patients adressés par les Urgences du CHU sont des personnes âgées grabataires, dans des situations familiales difficiles ». De son côté, le Dr Le Camus rappelle ses missions : « Les urgences des personnes âgées représentent un tiers des urgences des hôpitaux ; lorsqu'elles arrivent, c'est qu'il y a un problème médical à régler. Elles ont droit à autant de considération qu'une autre population ». Le Dr Marmet rappelle le contexte local : « La population de Midi-Pyrénées est la plus vieille de France et les possibilités d'accueil gériatrique sont insuffisantes ». Le Dr Garipuy illustre le problème posé au service de Médecine : « La durée moyenne de séjour des personnes âgées est longue et pénalise le service au niveau des admissions. Nous ne devons pas donner du service de Médecine l'image d'un service gériatrique. Ce n'est pas là notre projet de service ». La collaboration avec le CH Gérard-Marchant est également abordée. M. Cauquil : « Ce centre hospitalier approuve le principe, dans le cadre des Urgences, d'un contrat relais de prise en charge de patients relevant de pathologies psychiatriques (intervention sur notre site d'un psychiatre sous astreinte opérationnelle) ». Par ailleurs, il est fait état qu'il n'existe aucune structure d'accueil et de prise en charge des mères, relevant d'une pathologie psychiatrique, avec leur enfant. Pour pallier cette carence, un projet pourrait être imaginé sous forme de réseau.

A partir de juin 2000, on voit l'HJD intégrer le réseau DIAMIP (Diabétologie en Midi-Pyrénées), dont le but est de structurer et de coordonner l'activité de Diabétologie. L'institution participe également au réseau MATERMIP qui a pour but d'améliorer la prise en charge des prématurés et au réseau ORUMIP (Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées).

Octobre 2000 : coopération de l'Hôpital avec le CHU pour l'Orthopédie et la Traumatologie. En juin 2001, un contrat relais est établi entre la structure UPATOU (Urgences de proximité) de l'HJD (relayé) et le CHU (établissement relayeur). Des possibilités de collaboration avec le Centre Hospitalier Marchant, dans le domaine psychiatrique, sont évoquées par le nouveau directeur, M. Alain Radigales : « Le service des Urgences aurait besoin d'avis médical en Psychiatrie ; les besoins du service de Médecine sont insuffisamment couverts dans cette spécialité. De l'autre côté, le CH Marchant rencontre des problèmes dans la

gestion des troubles organiques (somatiques) ; par ailleurs, ce dernier est sur le point d'ouvrir un centre de crise pour adolescents... ».

Au niveau régional, en 2002, le Dr Aczel et M. Radigales font acte de candidature à la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation ; celle-ci a pour but d'éviter la judiciarisation de certains dossiers médicaux par un règlement des litiges à l'amiable.

En février 2002 est signée une convention entre la clinique Sarrus-Teinturiers et l'HJD. Cette clinique va voir l'ouverture dans ses murs d'un service de néonatalogie qui confèrera à sa Maternité le niveau 2. Dans le cadre du réseau MATERMIP, cette convention permettra des transferts mères-enfants le cas échéant. Dans un autre domaine, le Centre Régional d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (CRASP), créé et hébergé à Joseph-Ducuing, a pour mission de fonctionner en équipes mobiles inter-hospitalières et d'avoir une activité d'enseignement, de formation et de recherche. Un réseau inter-hospitalier est réalisé dans ce sens, avec la signature d'une convention entre le CHU, le CH de Saint-Gaudens, l'ICR et l'HJD. Ceci est l'aboutissement d'une des priorités régionales de Santé publique (douleur et Soins Palliatifs). Après les périodes de troubles de la fin des années 1990, le Dr Uzan me fait part, en 2014, du soulagement ressenti par les équipes de l'Hôpital quand elles ont vu le CRASP attribué à l'HJD. C'était un signe positif qui confirmait que leur existence n'était plus menacée, du moins à court terme. Par ailleurs, toujours en février 2002, est discuté un projet d'HAD (hospitalisation à domicile), au sein du "Santé Relais 31" ; ce projet associait l'ICR, l'AGESEP 31 (Association Gestion Établissement Sclérose en Plaques), la Mutualité de la Haute-Garonne et l'HJDV et concernait la Cancérologie, les Soins Palliatifs, l'Obstétrique, la Médecine Interne, les pathologie post-chirurgicales complexes. Le but était de régler le problème des lits d'aval, en "désembolisant" certains services, tout en assurant la sécurité des retours à domicile.

A l'été 2002 est signée une convention entre l'HJD et la clinique Ambroise-Paré. Les nouveau-nés à risque seront orientés, en fonction des impératifs cliniques et des possibilités d'accueil, soit au CHU (niveau 3), soit à Sarrus-Teinturiers ou à Ambroise Paré (niveau 2).

A partir de 2003, pour améliorer la prise en charge des douleurs chroniques, un réseau fonctionnera entre l'HJD, l'hôpital de Luchon et le CH de Saint-Gaudens (suivront les hôpitaux de Muret et de Revel). Octobre 2003 : accord conclu sur les astreintes de Chirurgie Viscérale entre l'HJD et la société des chirurgiens associés de la clinique Sarrus-Teinturiers.

Septembre 2004 : un projet de coopération est imaginé sur la chirurgie mammaire diagnostique et curative avec l'ICR (sur la Chirurgie Digestive dans un second temps). Ce serait très favorable pour l'image de l'établissement (marque de confiance, de la part de l'ICR, dans les équipes médicales de l'HJD). Ce serait aussi l'opportunité de conserver une activité oncologique. Des craintes sont malgré tout formulées en CME : « L'ICR souhaiterait être leader de la chirurgie pelvienne lourde. Le danger est qu'ils nous adressent les actes "ingrats" ».

Une convention cadre pour les échanges avec l'ICR est signée en 2005.

Enfin, les passerelles entre le CHU et l'HJDV continuent à se renforcer : un travail de fédération en Cancérologie verra le jour, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006.

### L'Imagerie Médicale en suractivité, le problème des équipes réduites

Octobre 1999 : nouveau départ de médecin, avec la démission du radiologue, en raison d'une charge de travail trop lourde, notamment au niveau des astreintes. Un an plus tard, à l'automne 2000, le Dr Uzan rappelle que le « Dr Dore est seule pour faire face à une activité de radiologie en forte augmentation ». Le directeur : « La situation est délicate et le rythme d'activité en Radiologie est effectivement insupportable. Nous connaissons des difficultés pour recruter des radiologues à mi-temps ». Le Dr Dore décrit sa situation : « L'activité de Radiologie a beaucoup changé. Les actes de radiologie se sont transformés en échographies que les obstétriciens, dans leur domaine, ne font plus. Le service accueille jusqu'à 75 patients par jour. Les manipulateurs gèrent seuls les actes de radiologie, ce qui est dangereux. Une présence médicale est indispensable ». Un effort financier doit être fait pour soulager le Dr Dore. Mais au deuxième semestre 2002, la gestion des équipes réduites est toujours compliquée. En Imagerie Médicale, le Dr Dore rapporte un surcroît d'activité, intenable en échographie. Elle a dû assurer seule la totalité des examens (70 personnes par jour) du 1<sup>er</sup> janvier au 30 octobre 2002. Elle estime, légitimement, trouver ce "seuil de rendement" intolérable, en considérant que les limites de ses capacités personnelles sont atteintes. Elle remercie les radiologues de la clinique Sarrus-Teinturiers de leur aide dans la réalisation d'examens urgents. Le surcroît de mammographies, entraîné par la participation de Ducuing au dépistage de masse du cancer du sein, et l'ouverture prochaine du scanner nécessiteraient davantage de personnel. Le même problème se pose pour le laboratoire ou pour les cardiologues, souvent sollicités en urgence pour des avis, en plus de leur activité de "base". Les équipes réduites restent fragiles. Pour le directeur, la solution réside dans de nouvelles coopérations avec l'extérieur.

### La réintroduction de l'Art à l'Hôpital

A l'automne 2000, l'Art fait son retour à l'HJD. Le Dr Marmet informe les membres de la CME que le service des Soins Palliatifs a pris contact avec l'Association "le Bond de la Baleine à Bosse", agréée par le Conseil Général. « Le projet, à finaliser avec les autorités de tutelle et l'Association pour la Diffusion de la Recherche sur l'Action Culturelle (ADRAC), consisterait à accueillir un artiste, au sein de l'établissement, pour une période de trois ans. Il créerait une animation culturelle, à des fins d'exposition, avec la possibilité éventuelle, pour certains patients, d'être associés à ce travail. Le but est de créer de l'interaction entre les

patients et les créations artistiques ». La promotion de l'Art à l'HJD ne s'arrête pas là : pour rendre la salle d'attente plus accueillante, le laboratoire expose des photographies (grâce à des relations avec le Château d'Eau et d'autres photographes classiques), les salles de naissances sont décorées, les services de Médecine et des Soins Palliatifs exposent également de leur côté... En décembre 2013, le Professeur Marmet se remémore : « Une question me préoccupait : comment faire pour que l'Unité de Soins Palliatifs (USP) ne soit pas assimilée à un "mouroir" ? Parmi les bénévoles qui nous accompagnaient depuis le début, l'une d'entre eux appartenait aussi à une association s'occupant de patients sidéens et avait fait les Beaux-Arts. Elle souhaitait, en plus d'animer un atelier d'Art-plastiques, participer à la décoration de notre unité. En discutant avec elle, une idée finit par s'imposer : faire entrer la Culture dans ce lieu serait peut-être un levier pour en modifier l'apparence et les représentations extérieures. Assez vite, de manière concomitante, est lancé un projet national pour faire entrer la Culture dans les hôpitaux, avec une convention signée par les deux ministères (Culture et Santé). L'HJD se saisit de l'occasion pour passer une convention avec une association d'Art contemporain qui travaillait avec des enfants. Ces derniers vont très vite venir exposer dans l'USP qui accueillera des artistes en résidence à partir de 2001 ; ils seront logés dans l'USP mais travailleront pour des projets couvrant l'Hôpital tout entier. Une évaluation permit de mettre en évidence que cela créait du lien social entre les soignants. Des personnels extérieurs à l'USP sont ainsi venus sur place pour voir des expositions, écouter des concerts à l'occasion de la fête de la musique, entendre des conteurs lors de la fête de la lecture, etc. Un lieu de recueillement avait été aménagé : un oratoire décoré d'un vitrail d'Henri Guérin, peintre verrier de Plaisance-du-Touch. Nous avons aussi monté une bibliothèque grâce à une convention avec la bibliothèque municipale. Plus récemment, un donateur a offert un piano au Service. Tout cela eut une incidence majeure sur l'USP, en modifiant son image extérieure : ce n'était plus un lieu pour mourir, mais un lieu de vie, où l'on pouvait venir se ressourcer. Nous avons alors accueilli des patients en soins palliatifs chroniques, hospitalisés dans l'unité pour des périodes de crises et pas uniquement en phase agonique (si ces derniers représentaient malgré tout 80% des entrants, certains patients pouvaient rentrer chez eux en cas d'amélioration)<sup>215</sup> ».

Cet événement fort entre en résonance avec l'époque où des artistes, des créateurs, des scientifiques, des médecins du monde entier se sentirent impliqués dans l'histoire de *Varsovie* (parmi eux, beaucoup furent victimes du maccarthysme aux États-Unis). Comme dirait le Dr Aczel : « La liste des plus connus d'entre eux fait l'effet d'un véritable feu d'artifice » ; lisez plutôt : le scientifique américain Thomas Addis, son compatriote, le chirurgien Edward Barsky, Paul Eluard, poète français, le peintre, dessinateur et sculpteur Pablo Picasso, l'un des plus grands scientifiques de l'histoire, Albert Einstein, le chef d'orchestre américain Leonard

---

215 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

Bernstein (également pianiste et compositeur, qui fut directeur de l'Orchestre philharmonique de New York), son collègue suisse, Ernest Bloch (également compositeur et violoniste), le célèbre romancier et écrivain engagé Ernest Hemingway (journaliste et correspondant de guerre, notamment aux côtés des Républicains espagnols), Jean Renoir (scénariste et réalisateur français, le fils du célèbre peintre), Paul Robeson (acteur, chanteur, écrivain américain très engagé politiquement), George Orson Welles (écrivain, acteur, producteur, réalisateur et scénariste américain), Howard Fast (scénariste et romancier américain), Rita Hayworth (actrice américaine, icône des années 1940), Thomas Mann (éminente figure de la littérature européenne de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle) et son frère Heinrich Mann (écrivain et dessinateur allemand), Pierre Monteux (chef d'orchestre et violoniste français), Dorothy Parker (scénariste et poète américaine), Gregor Piatigorsky (célèbre violoniste russe), Jerome Robbins (danseur, chorégraphe et réalisateur américain), Anna Seghers (allemande d'origine juive, femmes de lettres très engagée), Geneviève Tabouis (journaliste française de renommée internationale), Dalton Trumbo (scénariste, écrivain, réalisateur américain), etc.. En partie à travers l'Art, cette ouverture de l'HJD vers l'extérieur perdure, aujourd'hui encore.

#### Changement de siècle, changement de perspectives pour la Médecine ?

« Au passage au XXI<sup>e</sup> siècle, le fondement de la Médecine doit être revu : globalement, le taux de guérison de bon nombre de pathologies n'est pas si élevé que cela (maladies chroniques). S'est alors affirmée la nécessité de pallier les symptômes de ces maladies, leur retentissement sur la vie sociale, personnelle, familiale, et professionnelle. C'est un important changement de point de vue par rapport à la Médecine du XX<sup>e</sup> siècle où la santé se réduisait à essayer de guérir des maladies et à ne prodiguer des soins palliatifs qu'aux mourants<sup>216</sup> ».

#### Consultation de lutte contre le tabac et le cannabis

En février 2001, une consultation de lutte contre le tabagisme est mise sur pied, un groupe de parole est créé. Cette consultation viendra s'articuler avec le Réseau Ville Hôpital Toxicomanie et le Centre méthadone. L'HJD est reconnu centre référent dans ce domaine majeur de Santé publique (l'OMS a recensé 4 millions de décès liés directement au tabac, elle en 2001 dans le monde, en prévoit 10 millions dans 20 ans... A plus grande échelle, le tabac aurait fait 100 millions de morts au XX<sup>e</sup> siècle et en ferait 1 milliard au XXI<sup>e</sup><sup>217</sup>. Les responsabilités médicales, politiques et médiatiques sont colossales face à ce constat. S'attaquer à ce fléau est une nécessité médicale évidente mais aussi une marque de courage et de résistance pour une société, face à l'industrie du tabac (l'une des plus puissantes au monde). En

---

216 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

217 Site en ligne de l'INPES-tabac.

septembre 2004, avec sa consultation de sevrage cannabique, l'HJD réalise la file active la plus importante de la région dans ce domaine. C'est également une question clé de Santé publique : souvent banalisée, notamment chez les jeunes, cette consommation cannabique entraîne souvent une inspiration lente et profonde, avec une apnée après l'inspiration (pour une meilleure absorption). L'atteinte pulmonaire est ainsi très distale. Par ailleurs, aujourd'hui, le cannabis est reconnu comme facteur de risque cardiovasculaire.

### Sujets divers

21 septembre 2001, 10h21: l'usine AZF explose et draine de noir la ville rose, en causant la mort de trente-et-une personnes et en blessant plusieurs milliers. Suite à cet épisode tragique, des remerciements sont formulés en CME pour saluer l'efficacité et la solidarité dont a fait preuve l'ensemble du personnel. Douze ans après, M. Paulo me confie l'un des faits les plus marquants pour lui : « Pour l'explosion d'AZF, nous étions assez exposés au flux de patients et, malgré le caractère exceptionnel de cet accident, en terme d'ampleur, d'émotionnel et d'incertitude, nous nous sommes plutôt pas mal débrouillés. Ce jour-là, l'esprit de solidarité a refait surface spontanément. Avec le recul, en dépassionnant la chose, j'ai rapproché cela de l'histoire de l'Hôpital. C'est dans ce genre de situations que nous sommes bons<sup>218</sup> ».

Octobre 2001 : le poste alimentation subit les conséquences de la transformation de la cuisine autonome en cuisine satellite du CHU. On note un surcoût de 390 000 F ! Cela coûte plus cher (un argument imposé prétendait le contraire), alors que la qualité des repas est « vraiment médiocre ». M. Radigales se défend : « La mise aux normes de la cuisine a été imposée après une mise en demeure de la direction des services vétérinaires. Ce n'était pas négociable ». Pour le Dr Garipuy, la nourriture est importante pour les patients hospitalisés. En septembre 2006, nouveau rebondissement culinaire : après être redevenue cuisine autonome, la direction des services vétérinaires impose à la cuisine de redevenir cuisine satellite, une inspection surprise ayant mis en évidence des dysfonctionnements (refroidissement, conservation des aliments, traçabilité...).

Le programme de livraison des travaux a été bouleversé et retardé : les Urgences ne seront réalisées que fin 2002. A effectif constant, le nombre de consultations aux Urgences explose. Cet afflux de patients, en partie lié à l'abandon des astreintes par certains médecins généralistes libéraux (urgences non hospitalières), pose de sérieux problèmes au service. Mars 2003 : aucune prévision d'augmentation de temps de médecin urgentiste n'est prévue, alors que l'activité s'est fortement accrue (5 400 passages en 1994 contre 10 400 en 2002) à effectifs médicaux constants ! Le Dr Le Camus : « Le médecin urgentiste est seul aux Urgences, alors qu'à Saint-Gaudens, à activité équivalente, ils sont deux ! La maison médicale de garde de La

---

218 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

Grave ouvrira en décembre [2003] pour accueillir la "bobologie". Elle aura un rôle de régulation (jusqu'alors, 95% des entrées des Urgences se faisaient sans avis médical), ce qui stabilisera peut-être le nombre de passages mais ne le diminuera pas. Renforcer l'équipe urgentiste est une nécessité justifiée ». L'avenir lui donnera raison : six mois après la mise en place de cette maison médicale de garde, le nombre de passages aux Urgences n'aura pas encore diminué. Au printemps 2004, un maillage territorial de la prise en charge des urgences se met en place. Pour une meilleure organisation, une régulation est assurée par le SAMU.

Mai 2005 : afin d'améliorer la communication entre les personnels de l'Hôpital – de plus en plus nombreux –, la création d'un journal interne est proposée. De même, la nécessité de « nous ouvrir sur l'extérieur », en utilisant les médias locaux et internet, est évoquée. Octobre 2005 : la présence de chiens autour de l'Hôpital crée des inquiétudes pour la sécurité et l'hygiène. De tout temps, l'Hôpital a été assez ouvert, ce qui pouvait poser des problèmes. Le Dr Uzan se souvient que les gens pouvaient déambuler librement dans la structure et que, parfois, au petit matin, le personnel qui commençait sa journée voyait repartir des clochards qui avaient manifestement passé la nuit dans un couloir ! Au sujet du renouvellement du matériel, des demandes ne semblent pas superflues : remplacement d'un microscope datant de 1985...

Quelques nouvelles concernant les derniers travaux : le nouveau service des Urgences est inauguré en octobre 2006. L'hôpital de semaine, en Chirurgie, est en voie d'achèvement, comme la cinquième salle d'accouchement et la salle de pré-travail. L'hôpital de jour de Médecine est installé au premier étage du nouveau bâtiment. Le deuxième étage accueillera le comité d'entreprise, les locaux syndicaux, les consultations diététiques et psychiatriques, les assistantes sociales et hébergera les pédiatres et les gynécologues.

En décembre 2008, un avis favorable est rendu en CME pour poursuivre les travaux visant à accueillir, à l'HJDV, le centre de rééducation fonctionnelle de Basso Cambo, qui appartenait à la Mutualité Française de la Haute-Garonne. Cela est une bonne nouvelle pour l'usager qui voit le maintien de cette offre de soins en secteur 1. En attendant de résoudre les problèmes immobiliers de l'HJDV, le site sera maintenu à Basso Cambo.

Au printemps 2009, une consultation dédiée aux migrants voit le jour au sein de la structure. Par ailleurs, une proposition est validée à l'unanimité : celle de renommer les services de l'HJDV avec les noms des pionniers fondateurs et soutiens de l'Amicale des Anciens Guérilleros Espagnols en France (FFI) et de l'Association des Amis de la Médecine Sociale. A la même période, l'épidémie de Grippe A (H1N1), dite "mexicaine" a atteint un niveau 4. L'annexe "pandémie grippale" du plan blanc a ainsi été réactivée à l'Hôpital.

En 2010, durant une période de grève, le personnel informatique était absent. La question d'assurer un service minimum est posée. Le directeur répond que, si le principe de continuité de la permanence des soins est applicable dans la fonction publique, les autres

établissements n'ont pas cette obligation. Dans le secteur privé à but non lucratif, les salariés ne peuvent être réquisitionnés. Si c'est dommageable, l'impératif de continuité des soins ne peut être imposé au personnel. Un médecin pense que, sur le plan éthique, cela reste discutable. Pour un autre médecin, le droit de grève doit être respecté. Éthique, politique et syndicalisme n'ont pas toujours les mêmes intérêts comme le montre cet extrait.

#### Nécessité de poursuivre le développement de la Maternité pour répondre aux besoins

En juin 2002 est évoqué un projet d'augmentation de taille de la Maternité, pour viser 1200 accouchements par an (en octobre 2009, il était prévu de passer de 2000 à 2200 accouchements par an). De fait, il est absolument nécessaire de faire face à la demande croissante des nombreuses patientes (réel besoin de Santé publique). Le département du 31 est déficitaire en lits obstétricaux, ce qui préoccupe les autorités de tutelle, d'autant que, du fait du dynamisme économique de Midi-Pyrénées et de l'attractivité de la métropole toulousaine, la population ne cesse de croître depuis des décennies. En Haute-Garonne, la variation annuelle moyenne de la population a été de + 1,5% de 1982 à 1990, de + 1,4% de 1990 à 1999 et de + 1,6% de 1999 à 2009<sup>219</sup> : dans le 31, on dénombrait 824 501 habitants en 1982 (densité moyenne de 130,7 hab/km<sup>2</sup>), 925 962 habitants en 1990 (146,6 hab/km<sup>2</sup>), 1 046 532 habitants en 1999 (165,9 hab/km<sup>2</sup>) et 1 230 820 habitants en 2009 (195,1 hab/km<sup>2</sup>). Mais, là encore, si l'activité de la Maternité augmente, la sécurité et la qualité de soins doivent suivre. Cela nécessite un renforcement des équipes de Gynécologie-Obstétrique, d'Anesthésie-Réanimation, de Pédiatrie. Le Dr Le Camus, inquiet : « Si les effectifs de l'équipe d'Anesthésie-Réanimation ont été renforcés, ils doivent assurer la Maternité, les visites en Chirurgie, enfin les urgences digestives et gynécologiques. L'extension de la Maternité générera une augmentation du nombre d'urgences hémorragiques ou de situations difficiles. Pratiquer de nouvelles activités sans moyens supplémentaires n'est pas toujours synonyme de qualité ni de sécurité ». Début 2008 : ouverture de l'unité Kangourou ; les nouveau-nés peuvent être maintenus près de leur mère.

M. Gonzalvo, revient sur ce service de Maternité qui réalise 15% des hospitalisations en obstétrique à Toulouse. Il nous éclaire, en 2014, sur le succès de cette vitrine de l'HJD, qu'il analyse de la façon suivante : « D'abord, le type de prise en charge proposé est de grande qualité et semble adapté aux souhaits des futures mamans ; ensuite, nous sommes en secteur 1. Enfin la localisation au centre-ville est un gros avantage pour nous. Le service de Maternité, qui représente 40% de l'activité de Joseph-Ducuing, donne une image très positive de notre structure. Notre objectif est d'étendre cette notoriété à la Chirurgie (l'Orthopédie commence à être connue), à la Médecine Interne, aux maladies rares et orphelines, ainsi qu'aux Urgences

---

219 Source : INSEE, évolution et structure de la population de la Haute-Garonne.

qui réalisent quand même 15 000 passages par an<sup>220</sup> ». M. Roumy confirme ces propos et rappelle ceci : « Par rapport au CHU, nous sommes le petit Poucet, sauf pour la Maternité, où nous réalisons environ 15% des accouchements de l'agglomération toulousaine ! La Maternité n'a pas cessé de s'agrandir ; nous avons plus que triplé sa capacité depuis 1985, avec aujourd'hui 2300 accouchements par an (et un objectif de 2500 à venir). Mais c'est malheureusement parfois insuffisant à certaines périodes : le CHU se trouve débordé et nous aussi. Alors, des patientes sont obligées d'accoucher dans des cliniques privées, hors du tarif Sécurité Sociale, en payant des dépassements d'honoraires<sup>221</sup> », déplore le président du CA. De fait, le succès de la Maternité de Joseph-Ducuing tient aussi, probablement, à la saturation du secteur 1 (tarif conventionné, remboursé par la Sécurité Sociale) à Toulouse, ce qui entraîne des situations compliquées, que je qualifierai même de scandaleuses, du point de vue de l'égal accès aux soins et de l'éthique. En effet, à certaines périodes, l'inscription à la Maternité n'est possible que jusqu'à la fin du troisième mois de grossesse, après il n'y a plus de place. Amandine Peyron – une jeune infirmière du service de Médecine, qui y exerce depuis 2006 – me relate, en novembre 2014, l'histoire d'une femme : « A quatre mois et demi de grossesse, elle a frappé à la porte de l'HJD. Son suivi s'avérait impossible dans notre établissement, le planning étant déjà complet. Les dates des termes d'accouchement étaient toutes réservées (il était impossible d'en rajouter, pour des raisons évidentes de sécurité). A l'Hôpital Paule-de-Viguier (CHU), la même réponse lui a été rendue. La patiente, en désespoir de cause, s'est alors tournée vers le secteur privé à but lucratif. Une "heureuse surprise" attendait cette jeune femme enceinte : 700 euros de dépassement pour avoir droit à un suivi et pouvoir accoucher à Toulouse !<sup>222</sup> ». Certains de ces établissements profitent, sans aucun complexe, de cette situation de pénurie et quelques médecins qui y exercent semblent avoir troqué leur serment d'Hippocrate par les valeurs marchandes de Crésus. Il faut toutefois pondérer ce propos par la dérive sociétale que nous observons, marquée par une judiciarisation à outrance de la Médecine (procès qui fleurissent sur le plan civil, dans le but de récupérer la moindre compensation financière pour les patients procéduriers) ; de ce fait, les obstétriciens (comme les anesthésistes, les chirurgiens etc.), dans le privé, doivent s'assurer en conséquence au niveau de leur responsabilité civile professionnelle. Cela se répercute en bout de chaîne directement ou indirectement (à travers les cotisations de mutuelles complémentaires) sur les patients. Cela reflète la tournure que prend progressivement notre système de santé qui reposait, jusqu'à présent, sur une solidarité nationale professionnelle (le système est surtout financé par les salariés et les employeurs). Ce côté solidaire tendrait aujourd'hui à disparaître, notre système de Sécurité Sociale glissant dangereusement vers le système libéral américain (fondé sur le

---

220 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

221 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

222 Madame Amandine PEYRON, questionnaire et entretien, 9 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

principe d'assurances individuelles, sur la concurrence des établissements de santé et celle des assureurs privés). Dans la quatrième ville de France, si une femme enceinte ne s'enregistre pas suffisamment tôt à la Maternité, elle n'aura pas accès au secteur 1. Elle devra donc déboursier de l'argent, sauf si elle a les moyens de se payer une bonne mutuelle. A moins qu'elle n'attende le dixième mois pour mettre au monde ou qu'elle n'accouche ailleurs (Saint-Gaudens, Auch, Montauban, Albi, Castres, Carcassonne, Castelnaudary...), y compris chez elle, à ses risques et périls. Les Pouvoirs Publics sont-ils de mauvais gestionnaires, incapables de prévoir ou de répondre aux besoins de la population ? Cette pénurie du secteur public (secteur 1) est-elle sciemment organisée pour faire des économies ? Notre système de santé reste-t-il égalitaire entre les individus et les territoires ? La Liberté et l'Égalité ont-elles été vidées de leur substance et sont-elles devenues de simples mots ? M. Gonzalvo, le directeur actuel, se montre aujourd'hui (novembre 2014) quelque peu rassurant sur les desseins de l'ARS (Agence Régionale de Santé), concernant les Maternités de secteur 1 de l'agglomération toulousaine : « Elle est très favorable au développement de notre Maternité. Mais il y a un point fondamental à comprendre : il émerge depuis quelques temps une modification structurelle de la régulation du fonctionnement hospitalier. Je serais incapable de vous dire si c'est souhaité, au niveau national par la Puissance Publique, ou si c'est par défaut que ce système se met en place. Auparavant, il y avait des autorisations par activité (et en terme de nombres de lits par service) remises par les autorités sanitaires. Cela créait des équilibres entre les structures publiques et privées. Tout cela a volé en éclats avec la disparition de la carte sanitaire dans les années 2000 (le nombre de lits par secteur et service ne sera désormais plus limité). Avec la T2A, une course à l'activité s'est mise en place. Il y a eu, au milieu des années 2000, des velléités de continger les hôpitaux et les cliniques par des quotas d'activité mais cela est tombé à l'eau. Maintenant, que reste-t-il ? Uniquement les autorisations d'activité. A partir du moment où vous avez cette autorisation, vous pouvez aussi bien réaliser – prenons l'exemple d'une autorisation d'activité de Maternité – trois mille, comme dix mille accouchements. Rien ne vous limite théoriquement. Le système est très libéralisé, simplifié, avec une autonomisation accrue des acteurs : c'est un "marché" à peine régulé. Au niveau national, la régulation se fait par les prix (tarifs des hospitalisations, des consultations, des actes...) et au niveau régional, les activités sont autorisées ou pas. Avec ces deux contraintes, vous faites ce que vous voulez : l'ARS n'a plus rien à dire et la Puissance Publique voit son pouvoir réduit à la portion congrue. Cela paraît surprenant mais c'est la réalité. En fonction de la demande, chaque clinique, chaque hôpital est libre de faire ce qu'il veut : l'embauche du personnel sera financée par l'augmentation d'activité engendrée par ce recrutement. Il y aura juste l'agrandissement des locaux à financer mais vous pouvez construire (c'est ce que font les cliniques Ambroise-Paré, Pasteur et Sarrus-Teinturiers). En revanche, dans le secteur public, auquel nous appartenons,

les budgets sont encore soumis aux autorisations de l'ARS ; elle peut limiter par là la progression, ou pas, des hôpitaux publics, en terme d'activité. Pour en revenir à la pénurie d'offre de soins en secteur 1, pour les Maternités de Toulouse, l'ARS est impuissante. Elle peut simplement regretter que l'HJD et Paule-de-Viguiers ne se développent pas. L'HJD a un plan stratégique de développement mais bute aujourd'hui sur des problèmes financiers. Nous avons un déficit structurel compensé par des aides de l'ARS. L'ARS nous demande de revenir à l'équilibre pour nous aider à nous développer. Nous nous retrouvons bloqués. Et nous en revenons à la T2A et à l'équilibre recettes-dépenses. Nous avons un énorme travail à faire en interne, pour arriver à mieux équilibrer notre budget, et ainsi avoir des recettes en trésorerie et des aides de l'ARS, pour continuer notre développement. Si nous n'arrivons pas à gagner ce pari, les autres se développeront à nos dépens, prendront notre place. Tout cela est en débat chez nous et crée des tensions internes. La direction dit : « Attention, des efforts sont à faire pour équilibrer notre budget » ; et les équipes nous répondent : « On n'en peut plus ! ». Si nous n'arrivons pas à nous défaire de cette contrainte de l'équilibre budgétaire, nous allons nous auto-bloquer et échouer dans la poursuite de notre développement. Tant pis pour les patients qui paieront du secteur 2, mais ce sera un peu aussi notre responsabilité, indirectement. Nous sommes à la croisée des chemins : soit nous arrivons à nous adapter, soit les autres s'adapteront. Aujourd'hui, si on reste statique, on tombe. La question de l'égal accès aux soins de secteur 1, en Maternité, n'est pas de savoir ce que fait l'ARS, mais ce que nous faisons nous-mêmes. C'est l'un des problèmes majeurs des hôpitaux publics (côté un peu "assisté") : nous devons avoir conscience que nous sommes porteurs de notre propre destin dans ce système actuel, très décentralisé et libéralisé. Le travail que nous avons fait avec Alain Radigales et les équipes soignantes il y a dix ans – pour avancer à marche forcée, en redimensionnant les Urgences, en renforçant l'activité de la Médecine, de la Chirurgie, et le développement de la Maternité –, si nous ne réitérons pas cette impulsion-là, nous allons aux devants de gros soucis et quand nous nous réveillerons, ce sera trop tard... Notre force, c'est que nous resterons toujours en secteur 1, sans dépassement d'honoraires ; en revanche, en terme médical, les cliniques aussi arrivent à faire du bon boulot – en terme de soins, je suis plus dubitatif sur la qualité du service rendu, du fait de l'intensité de la pression financière qui est exacerbée dans le privé à but lucratif. Donc nous ferons la différence, avec ce secteur privé, non pas sur la technique médicale, mais en répondant à ces deux questions : « Que fait-on comme activité ? ». Nous ne devons pas être exactement sur les mêmes créneaux que le CHU ou les cliniques privées ; il faudra conserver nos spécificités propres, tout en continuant à répondre à des besoins de Santé publique. Et : « Comment fait-on l'activité ? », c'est là que nous pourrons marquer plus nettement notre singularité. C'est cela qui sera porteur de sens et qu'il faudra défendre à tout prix. En résumé, notre spécificité est de faire les mêmes activités que les autres,

mais différemment, et ensuite, de faire des activités que ne font pas les autres ou que n'ont pas fait les autres jusqu'à présent – charge à nous, à l'avenir, de continuer à innover<sup>223</sup> ».

### Soins Palliatifs et prise en charge de la douleur, Maladies rares et orphelines

Octobre 2002 : création du service mobile de Soins Palliatifs. L'activité de ce secteur comporte aussi le développement de la consultation de la douleur [mise en place du Comité de lutte contre la douleur (CLUD), dont le Docteur Marmet et le Docteur Le Camus auront la charge ; ce Comité se penchera sur les douleurs aiguës et post-opératoires]. Ce plan contre la douleur a porté ses fruits, d'après M. Roumy : « Lors d'une récente certification, le CLUD a reçu les inspecteurs ; ils ont été très impressionnés par notre prise en charge de la douleur ».

Mars 2003 : installation d'un réseau départemental de soins palliatifs et d'accompagnement de la douleur. Une cellule de coordination recevra les appels, les analysera, les traitera avant de les réorienter. Au sein du réseau inter-hospitalier, l'HJD assurera les situations palliatives résultant de la prise en charge des maladies orphelines, par le biais de l'Association des parents d'enfants inadaptés et handicapés de la société Airbus Toulouse (APEIHSAT). Cette Association, à but non lucratif, fut créée en 1969 devant la difficulté de trouver des places en établissements d'accueil pour des enfants en situation de handicap. Elle a pour mission de promouvoir l'intégration sociale et professionnelle de la personne en situation de handicap, d'accompagner sur le long terme la personne et sa famille. Le Dr Gaches ayant fait de nombreux travaux sur les maladies orphelines (c'est l'un des tous premiers médecins à s'y être intéressé en Haute-Garonne), l'APEIHSAT a souhaité la participation de l'HJDV à son comité scientifique. En 2007, le siège social d'Alliance Maladies Rares (regroupant 32 Associations de maladies rares et orphelines) sera hébergé à l'HJD.

En mai 2004, la Fondation de France lance un appel d'offre d'aide au développement des Soins Palliatifs dans les services de Médecine. Le paysage des Soins Palliatifs se modifie par l'identification de lits pour la prise en charge de malades en fin de vie. L'HJD, de plus en plus sollicité pour gérer les situations de crise, risque de mettre à contribution le service des Urgences. Compte tenu de l'activité en Médecine, et dans la perspective de la tarification à l'activité (T2A), il est discuté de l'intérêt de faire reconnaître deux lits identifiés en Soins Palliatifs dans ce service. Les médecins sont conscients de la nécessité d'être réactifs sur les projets et de ne pas se priver d'enveloppes débloquées, vu le contexte économique.

### Tomodensitométrie (TDM) et Imagerie par résonance magnétique (IRM)

L'HJD opère une modernisation nécessaire de son plateau technique. M. Paulo se rappelle l'ouverture du scanner : « Joseph-Ducuing a eu l'autorisation des autorités sanitaires

---

223 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

pour créer ce nouveau service à la condition, non négociable, de coopérer avec le secteur libéral. Nous avons fondé un Groupement d'Intérêts Économiques (GIE, maintenant devenu GCS, Groupement de Coopération Sanitaire) entre l'HJD, Sarrus-Teinturiers, un cabinet de ville et la Mutualité Française. Nous nous sommes mis autour de la table avec des perspectives, des conceptions différentes, des a priori les uns par rapport aux autres... Le scanner devait entrer dans nos murs parce que nous avons un service d'Urgences. Je suis fier d'avoir participé à sa mise en place, mais cela a été difficilement perçu par certains qui m'accusaient de faire entrer le libéral au sein de l'Hôpital. Un groupement d'intérêts économiques à Joseph-Ducuing, cela "faisait tache" ! En septembre 2003, dès l'ouverture du scanner, j'avais mis en place des panneaux de signalétique pour guider les patients venant de l'extérieur. Ces panneaux étaient systématiquement déchirés et se retrouvaient tous les jours sur mon bureau (c'est vous dire l'ambiance...). Aujourd'hui [2014], ce type de coopération, le maillage en réseaux, les collaborations public-privé, tout cela paraît totalement naturel. Dans la continuité, l'IRM, abritée à Sarrus-Teinturiers, a vu le jour en 2005 (GIE comprenant les même partenaires)<sup>224</sup> ».

#### La Chirurgie sans cesse en mutation

Mars 2003 : l'activité générale a doublé, en 2002, en Chirurgie, mais la continuité des soins n'est pas assurée, faute de personnel suffisant. Le Dr Toledo s'inquiète de la sécurité, de la qualité des soins et tire la sonnette d'alarme ! Là encore, le directeur évoque les coopérations pour soulager l'équipe chirurgicale et permettre le suivi des patients. Il ne peut que s'incliner devant les contraintes budgétaires qui le contraignent : « Nous devons organiser la Chirurgie dans une préoccupation médicale mais aussi économique ». Dans ce sens, en octobre 2003, une convention de coopération est conclue sur les astreintes en Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive entre l'HJD et la société des chirurgiens associés de la clinique Sarrus-Teinturiers.

Mars 2004, Alain Radigales annonce : « Nous allons devoir résister à l'arrivée de gros groupes financiers et envisager toutes les coopérations possibles avec des cliniques privées (ou autres établissements), de manière à optimiser notre plateau technique et à réaliser plus d'activités chirurgicales. Nous devons nous redimensionner. L'HJD doit couvrir les besoins en terme d'offre de soins. Les autorités de tutelle sont favorables à ces rapprochements. Nous avons le devoir d'acquérir une "masse critique" conforme aux impératifs de gestion ».

Mai 2005 : pour répondre au sous-effectif en Chirurgie, deux praticiens vont assurer des vacations et seront payés à l'acte. Certes, il s'agit de vacataires, mais ce paiement à l'acte est une première dans l'histoire de l'établissement. M. Gonzalvo confirme cela en 2014. Il nous dresse un tableau général de la "masse salariale" : « La majorité sont des salariés plein-temps (90%), ensuite il y a des médecins libéraux, intervenant chez nous en tant que salariés à mi-

---

224 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

temps ; un troisième groupe, très minoritaire, comprend des médecins libéraux qui exercent à l'HJD, sur des missions de Service Public, sous la forme de vacations (tabacologie), et enfin, il existe quelques médecins et sages-femmes vacataires, payés à l'acte (moins de 1% du personnel). En revanche, nous sommes bien clairs, il n'y a pas de secteur 2 chez nous<sup>225</sup> ».

Octobre 2005 : un projet ambitieux consiste à mettre en place un pôle de Cœliochirurgie. C'est une solution possible, avec un effet positif sur l'image de marque, pour répondre à la contrainte de l'habilitation en Chirurgie : les établissements de santé seront tenus de réaliser un volume supérieur à 2000 actes classants par an. En mai 2006, le directeur prévient que, même si le seuil admis est de 1500 actes de Chirurgie par an, « nous devons avoir pour objectif le chiffre de 2500 pour assurer la pérennité du service ». Le Dr Casanova se met martel en tête : « Nous devons contester ce rapport, car ces chiffres ne garantissent pas la qualité de l'acte. Ils sont mis en parallèle avec une difficulté des établissements, quant à être aux normes, en matière de permanence des soins et d'équipements. L'HJD est injustement classé par un effet simplificateur et caricatural ». Alain Radigales rassure l'assemblée : « Plusieurs articles sont parus dans [les médias]. Des personnages politiques sont intervenus en faveur de notre établissement. L'HJD n'est pas concerné par le rapport dont vous parlez ». Dr Le Camus : « Nous devons penser qualité et non quantité. Ce rapport recommande la fermeture de la Chirurgie mais également de la Maternité dans le secteur public ! ». Le Dr Toledo répète cette phrase entendue, « il faut fermer des hôpitaux », avant de dire que c'est une réalité économique et politique : « L'établissement doit se donner les moyens d'augmenter son activité chirurgicale et affirmer sa nécessité d'exister ». M. Radigales : « Nous devons terminer la phase de redimensionnement de notre "masse critique". Le projet d'établissement doit intégrer des activités transversales. Nous devons nous imprégner du rapport du SROS pour parfaire notre projet médical ». Dans la même optique, le Dr Uzan propose de s'inspirer de la démarche mise en place par l'ARH sur la façon de bâtir le COM (Contrat d'objectifs et de moyens), dans lequel s'inscrit le projet d'établissement. Il s'agit d'abord de déterminer la position stratégique sur le territoire, de définir ensuite des axes stratégiques et enfin de proposer les modalités de mise en œuvre et le suivi.

En décembre 2007, le secteur de chirurgie ambulatoire devient une réalité à l'HJD. Cela répond à une priorité des autorités sanitaires pour les années 2006 à 2011. L'agglomération toulousaine connaît un essor démographique considérable. Non seulement une population jeune s'installe en périphérie – plus de la moitié des nouveaux arrivants ont moins de 30 ans ! – et dans certains quartiers de Toulouse (Saint-Cyprien, Patte-d'Oie, Arènes, Amidonniers, Compans-Caffarelli...), mais encore la ville rose accueille, en nombre absolu, la plus importante population âgée de la région Midi-Pyrénées. Ainsi, la demande de soins

---

225 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

chirurgicaux va s'accroître dans les prochaines années dans le grand Toulouse. L'activité chirurgicale de l'HJD est un enjeu majeur : cette discipline doit être pleinement reconnue par les Toulousains et les professionnels de santé. L'activité chirurgicale se développe fortement à l'HJD. Dans ce contexte, la capacité d'accueil en lits ne suffit plus. Le secteur de chirurgie ambulatoire (9 places) prendra en charge des patients pour moins de 12 heures d'hospitalisation et désengorgera le service classique de Chirurgie.

Petite anecdote sur l'égal accès aux soins, afin d'illustrer les disparités gigantesques qui existent, en médecine, sur notre planète. Elle m'a été racontée par le Dr Saint-Dizier : « Un ami, à Hong-Kong, m'appelle un jour. Il doit se faire opérer. Il ne veut pas se faire opérer là-bas : si les chirurgiens sont bons, il ne comprend pas bien ce qu'ils disent. Il me demande de faire réaliser un devis à Joseph-Ducuing. Au total, cela revenait à environ 1500 euros. Son assurance privée remboursait jusqu'à 10 000 euros pour ce type de geste ambulatoire ! Notre secteur public fonctionne encore : il propose, pour une somme raisonnable, des soins de qualité, accessibles à tout assuré social, à toute personne relevant de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'État. Le but non lucratif prend ici tout son sens !<sup>226</sup> ».

#### Quand Joseph-Ducuing s'investit dans des projets internationaux

En mars 2003 est signée une convention de jumelage avec un centre médical de soins pour les personnes les plus défavorisées de la ville de Tripoli (Liban). L'HJD pourra coopérer et aider des associations à la gestion hospitalière de ce centre. Autre témoignage de cette dynamique : le Dr Gaches a mis en place un projet culturel au Burkina Faso pour financer une entreprise réalisée par les ballets nationaux du Burkina Faso. Il s'agissait d'une caravane de prévention contre le SIDA. Cette initiative a fait l'objet d'une convention, cosignée par neuf Ministres des Affaires étrangères de neuf pays africains ! Une infirmière de l'Hôpital évoque cette autre approche de la santé : « Cela consistait à accompagner une troupe de danseurs africains, dans certains pays d'Afrique, pour informer et faire de la prévention<sup>227</sup> ». L'HJD s'investit depuis longtemps dans des collaborations internationales, comme le Dr Gaches avec ses projets humanitaires en Afrique (Burkina Faso, Sénégal...), le Dr Philippe qui collaborait avec des Tchèques et des Polonais, le Dr Bicart-See et le Dr Do avec le Vietnam (collaborations en Biologie et en Infectiologie) ; les Docteurs Garipuy, Saint-Dizier et Bicart-See pour des raisons humanitaires à Haïti... Les services de Médecine et de Chirurgie ont accueilli des médecins étrangers en stage. Plus récemment, des projets de recherches, portés par le Dr Bicart-See et le Dr Giordano, sont menés avec de grandes universités, notamment anglaises et américaines, en Infectiologie ostéo-articulaire et dans la révision de prothèse.

---

226 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

227 Une infirmière de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

### Arrivée de Monsieur Gonzalvo dans l'équipe de direction

Le directeur actuel, M. Gonzalvo, connaît l'HJD depuis près de vingt ans. Au milieu des années quatre-vingt-dix, il était en fonction dans un autre hôpital de Midi-Pyrénées. Il était venu rencontrer le Dr Marmet et son équipe afin de visiter leur unité de Soins Palliatifs (la première de ce type dans la région). « A l'époque, il existait de grands débats sur la nécessité ou pas de faire des unités dédiées aux Soins Palliatifs. Fallait-il accueillir les patients relevant de ces soins dans des unités spécialisées ou bien dans des services indifférenciés ? Joseph-Ducuing était une structure innovante et originale dans le paysage hospitalier français. Je n'imaginai pas que je travaillerais un jour dans cet Hôpital et que j'en serais le futur directeur !<sup>228</sup> ». Il y est entré un peu par hasard : « Le directeur, Alain Radigales, m'avait rencontré au début des années deux mille dans le cadre de projets régionaux animés par la DRASS. Il avait souhaité me rencontrer parce que certains de mes travaux l'intéressaient. Il comptait développer l'Hôpital, moderniser sa gestion pour assurer son avenir. J'ai été convaincu et attiré par ce projet – c'était un sacré challenge – ainsi que par la personnalité de M. Radigales. En août 2004, j'ai rejoint l'équipe en tant que directeur-adjoint, avant de prendre le poste de directeur lorsque M. Radigales a pris sa retraite et que le président du CA a souhaité me confier cette responsabilité. C'était en août 2010. A partir du début des années 2000, un énorme travail a été fait pour redimensionner l'Hôpital. Nous avons mis en œuvre une stratégie d'activité croissante (qui fut très soutenue) : notre activité de travail a presque doublé en dix ans ! De nouvelles activités ont aussi été créées. Nous avons recruté beaucoup de personnel : le nombre de salariés a quasiment doublé sur cette décennie ! Cela a entraîné des modifications sociologiques importantes : il y a eu un vrai renouvellement générationnel, avec l'intégration de nouvelles personnes, plus jeunes et aux idées politiques peut-être différentes. Bref, ce redimensionnement a modifié la composition sociologique du personnel, et donc la manière d'appréhender l'héritage culturel et historique de Joseph-Ducuing. Ce redimensionnement a été essentiel à la pérennité de la structure ; en même temps, je pense qu'il a impacté et quelque peu modifié la transmission de cet héritage. Cependant, les gens qui ont travaillé ici, et qui ont été recrutés depuis dix ans, se sont imprégnés de l'état d'esprit des équipes déjà en place à leur arrivée. Les valeurs et les savoirs se transmettent de génération en génération. Par ailleurs, les gens qui s'intègrent ici sont en phase avec les valeurs de l'établissement (sinon ils ne restent pas) et avec les patients que nous accueillons. Alors, une sorte de perméabilité sociologique et culturelle se fait assez naturellement. Une transmission de témoin se fait au quotidien, de manière imperceptible, entre les plus jeunes et les plus anciens. Je suis assez confiant sur cette

---

228 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

transmission de l'héritage de nos valeurs<sup>229</sup> ».

### Lancement d'un nouveau mode de financement : la tarification à l'activité (T2A)

Le non paiement à l'acte a toujours été la base du mode d'exercice des médecins de l'HJD. Se faisant, ils étaient dégagés de toute la pression que peut engendrer une rémunération conditionnée au nombre d'actes réalisés. En étant relativement affranchis du facteur temps, cela leur permettait d'avoir une disponibilité satisfaisante pour les patients (temps d'écoute, d'échange, d'explication...). A partir de 2004, la tarification à l'activité demande de noter et de classer tous les actes effectués (consultations et gestes techniques). Une moyenne d'activité est relevée pour chaque médecin, pour chaque service. On leur demande, depuis l'instauration de ce nouveau mode de financement, de justifier leur activité par un nombre suffisant d'actes. De manière claire, les concepts d'efficience et de rentabilité – les mêmes que ceux utilisés dans la production industrielle – ont été ainsi introduits dans le champ de la Médecine, appliqués par des humains à d'autres humains. Progressivement, insidieusement, la disponibilité des soignants a été amputée, sacrifiée sur l'autel de la "productivité" de soins. Les soignants y ont certainement perdu (qualité de travail, satisfaction personnelle), mais les patients peut-être davantage (qualité des relations humaines, pourtant essentielle dans la santé).

Cette remarque d'une infirmière de l'Hôpital semble le confirmer : « Depuis la T2A, on nous parle davantage de "rentabilité" et moins du devenir des patients<sup>230</sup> ».

Revenons-en à la situation de l'HJD. Aux alentours des années 2000, la situation financière de la structure s'améliore. Le déficit des exercices précédents est étalé sur plusieurs années. En outre, si auparavant certains secteurs étaient en sous activité, l'activité globale de l'Hôpital (taux de remplissage des lits, nombres d'actes, de consultations) s'est redressée.

Voyons maintenant comment cette institution hospitalière s'est adaptée au passage à la tarification à l'activité. Monsieur David Gonzalvo, qui connaît bien le sujet pour l'enseigner à l'IAE, nous résume l'ensemble du problème : « Il n'y a pas de système idéal de financement : aucun n'est parfait. Chacun a des avantages, des inconvénients, chacun génère des incitations différentes. En miroir de l'ancien système de dotation globale, la tarification à l'activité a des avantages et des inconvénients opposés. La mise en œuvre de la T2A, de 2004 à 2011, a été un enjeu majeur. Il y a eu une bascule progressive du mode de financement des hôpitaux qui a apporté des changements culturels profonds, en terme d'appréhension du mode de fonctionnement interne de l'Hôpital. Le principe de la T2A est le suivant : l'activité permet de générer des recettes pour l'établissement, ce qui va être source de financement (d'un budget), pour ensuite soutenir des dépenses ; la logique est inversée par rapport à la dotation globale, où

---

229 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

230 Une infirmière de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

l'on calculait le niveau des dépenses avant d'aller demander aux tutelles des recettes en dotation globale. Commençons par les vertus de la T2A : d'abord, cela oblige les hôpitaux à s'adapter à la demande de soins, en ayant des stratégies d'activité. Si vous êtes sur des "créneaux" de soins en inadéquation avec les besoins de la population que vous couvrez, vous serez en déficit (moins d'activité entraînant une baisse des recettes, cela ne permettra pas de couvrir les dépenses). Avoir une activité inadaptée aux besoins de Santé publique était l'écueil principal de la dotation globale. Aujourd'hui, elle est plus adaptée, d'où les problèmes que nous rencontrons (fermetures de services, voire d'hôpitaux). Deuxième vertu : tout hôpital est obligé de se préoccuper de ses recettes pour avoir un équilibre budgétaire qui assurera sa pérennité. Cela crée des contraintes budgétaires qui semblent normales pour toute institution qui gère des deniers publics. Dans la mesure où nous avons des ressources limitées, il faut s'interroger sur la bonne allocation des dépenses. La troisième vertu ne vient pas directement de la T2A, mais des ordonnances Juppé de 1996 : les dépenses d'Assurance Maladie sont votées par le Parlement ; cela paraît assez sain dans un fonctionnement démocratique, même s'il y a aussi des limites (des lobbies exercent certainement des pressions). Je crois que c'est mieux que de laisser un système totalement non régulé, purement libéral (avec des assureurs privés, un affrontement des offres et des demandes, le tout avec des prix totalement libres). Passons maintenant aux points négatifs, aux limites de la T2A : d'abord, ce système de financement à l'activité est devenu complexe et totalement illisible. Des études de l'INSEE ont montré que l'évolution des tarifs T2A n'amène pas d'évolution de stratégie des établissements. Pourquoi cela ? Parce que ce système est tellement instable qu'il est désormais incompréhensible pour les médecins : les signaux par les prix ne marchent pas ! Les médecins hospitaliers sont insensibles aux évolutions des tarifs qui varient tout le temps. Ensuite, il y a des enjeux culturels et des techniques médicales incompatibles avec les orientations en matière de prix. Ce système de prix est déconnecté de la réalité du vécu des médecins et même des gestionnaires d'établissements. C'est une usine à gaz dont on a le secret... La vertu, en terme de pilotage macroéconomique des établissements de santé, est assez limitée. Deuxième limite de la T2A : ce système a deux effets pervers. D'abord, il est inflationniste en actes : à partir du moment où le financement dépend grosso modo des actes, cela crée une pression, une incitation à l'activité. C'est ce qui s'est passé en général, et pour nous en particulier. La question de la pertinence des actes se pose parfois (inutiles ou injustifiés), le problème du juste soin se posera inévitablement. Ensuite, cela peut créer des "sélections" de patients : inévitablement, au fur et à mesure que la pression financière s'exerce sur les structures, dans un mélange coût de fonctionnement-recettes, ce système génère des incitations pour "trier" les patients (prendre en priorité les plus "rentables" ou les moins "coûteux". Cela a été prouvé par des études de l'INSEE qui ont montré que les pathologies les plus lourdes étaient prises en charge dans les

établissements publics ; un autre marqueur en témoigne : la chirurgie ambulatoire s'est énormément développée dans le privé (actes programmés et plus légers). Ainsi, depuis une dizaine d'années, on voit clairement des segmentations stratégiques d'activité qui sont le fruit du fait que, dans le secteur libéral et les cliniques privées, les médecins sont payés à l'acte, alors que dans le public, ils sont salariés ; de surcroît, avant, la dotation globale s'appliquait à ce dernier secteur. A partir du moment où la T2A s'est mise en place dans les hôpitaux, on a vu que les "parts de marché" – excusez-moi ce terme grossier et commercial – du Public ont commencé à augmenter. Les hôpitaux publics ont augmenté leur activité, en Chirurgie et en Obstétrique notamment. Ces mécanismes financiers ne sont pas neutres sur la gestion des établissements et sur la pression qui s'exerce sur les médecins. En résumé, aucun système n'est parfait et il appartient aux Pouvoirs Publics d'en limiter les côtés négatifs<sup>231</sup> ».

Pour rendre ce paragraphe plus digeste, le reste des témoignages est développé dans l'Annexe 5, p. 214, intitulée "Propos illustrant les conséquences de la tarification à l'activité (T2A)".

#### Questions budgétaires : dérive gestionnaire ou nécessité d'adaptation au nouveau système ?

Dans cette partie, il est question du tournant gestionnaire (nécessaire) pris par l'institution, ainsi que des conséquences sur les salariés et sur les patients pris en charge.

Mars 2005, après l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, le directeur explique les nouvelles "règles du jeu" : « Les autorités de tutelle ne sont plus les payeurs exclusifs. Nous devenons nos propres auto-financeurs. Nous allons faire pression sur l'ensemble des professionnels de l'institution pour que l'ensemble des actes soient recensés et cotés ». Mai 2005, la pression budgétaire fait de nouveau vaciller les valeurs fondatrices de l'Hôpital : le budget doit être équilibré en recettes et en dépenses. Malgré l'augmentation des recettes et la poursuite des efforts d'économie (dépenses hôtelières, gestion des médicaments, dépenses de personnel), le différentiel de charges n'est pas couvert. Monsieur Gonzalvo : « Notre proposition d'équilibrer le budget par une subvention d'équilibre a été refusée par les autorités sanitaires. Nous devons représenter un budget. S'il n'est pas équilibré, des mesures conservatoires seront mises en place. Nous devons éviter cela. La seule solution est de "jouer" sur les recettes à la charge des patients, ce qui va se traduire par une augmentation des prix de journée et des tickets modérateurs, mais le mouvement mutualiste va certainement réagir ». M. Roumy tire la sonnette d'alarme : « Nous allons vers un système de privatisation des soins ! ». Le Dr Marmet abonde dans ce sens : « Nous assistons au démantèlement du système de santé ! ». « Si nous persistons dans le rapport de forces (présentation d'un budget déséquilibré et demande de subvention d'équilibre), l'HJD sera sanctionné par un avertissement. Nous n'aurons d'autre choix que d'augmenter les tarifs (prix-journée, tickets modérateurs...) ».

---

231 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

prévient M. Radigales. Le président du CA, M. Roumy, sur la défensive : « L'augmentation des tarifs va à l'encontre de notre pratique de Médecine Sociale. Nous devons expliquer aux patients ce choix qui pourrait être incompris ». Le Dr Casanova se projette : « Le but de cette pression budgétaire n'est-il pas de restructurer le système hospitalier ? ». M. Radigales confirme ces craintes : « Aux niveaux régional et national, les informations corroborent votre sentiment. Certains établissements sont aujourd'hui sous procédures d'alerte. Les autorités sanitaires soutiennent notre Hôpital. Notre avenir n'est pas menacé, ce n'est pas le cas pour d'autres ». Finalement, la CME ne suit pas la direction et approuve à l'unanimité la demande de subvention d'équilibre.

En Juin 2005, le budget a été rejeté sans surprise par l'ARH. Les alternatives sont les suivantes : présenter de nouveau un budget déséquilibré ou bien un budget augmenté du prix de journée (contribution patient), ou encore mettre en place des mesures d'économies internes. Le choix devrait dépendre du climat social de l'établissement. Des efforts devront être collectivement consentis. Le directeur pense que des économies peuvent être réalisées au niveau du personnel (étaler les plages horaires, fermer partiellement la Chirurgie en fin de semaine ; une meilleure gestion des congés annuels des équipes diminuerait le recours aux remplacements onéreux). M. Radigales déclare que les charges de travail sont en cours d'étude ; il précise : « La mise en place d'un plan social, solution immédiate mais douloureuse, ne serait pas mobilisatrice et aurait un effet néfaste sur l'activité. Nous devons trouver des solutions efficaces mais moins radicales ». Un médecin s'inquiète de connaître les conséquences qu'aurait une augmentation du prix-journée pour les patients et pour les mutuelles. M. Gonzalvo assure ceci : « Les prix-journées devraient être remplacés par un tarif national homogène. Les patients sont globalement assurés. Dans tous les cas, ils seront soignés. L'effort doit être fait, avec des objectifs réalistes, même s'il est injuste pour le patient ». Finalement, la CME se résigne et retient la proposition d'augmenter de 45% le prix-journée ! Si la restructuration du système hospitalier semblait une nécessité économique, on se rend compte que les patients en font les frais pour partie, et le personnel hospitalier pour une autre...

A l'ordre du jour de la CME d'octobre 2005, est notamment abordée l'organisation du pilotage médico-administratif de l'établissement. Sans remettre en cause, ni les orientations, ni l'efficacité, ni la combativité de la direction de l'Hôpital, l'index est pointé sur la dérive gestionnaire qui s'installe au sein de l'institution. Le Dr Uzan résume la situation et les sentiments éprouvés par les soignants, en ajustant quelques tirs au passage : « Les notions de gestion, de protocoles et de conformité, notre participation à de nombreux comités nécessitent du temps et de l'énergie. Tout cela envahit notre quotidien, notamment depuis le début des accréditations. Nous devons avoir une analyse critique et essayer d'adapter à notre pratique la prochaine démarche d'accréditation. Nous ne pouvons pas passer notre temps à nous rendre

conformes en tous points aux recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé). La direction est reconnue dans son autorité, respectée dans ses décisions, mais de nombreuses préoccupations me viennent à l'esprit quant à la gestion actuelle de cet hôpital et surtout à l'avenir. La gestion ne doit pas devenir un but en soi, ni résumer toute notre réflexion stratégique et éthique. Un certain nombre de faits alimentent cette inquiétude : pendant plus d'un an, la phase 1 de l'accréditation a mobilisé beaucoup de temps et d'énergie. C'était une expérience positive parce qu'elle a obligé à une réflexion transversale, réuni des personnels de tous niveaux et mis à plat bien des problèmes [...]. Aujourd'hui, nous en sommes à l'accréditation 2. Si nous la passons avec succès, je parie qu'il y aura une phase 3 et ainsi de suite. Du temps, de l'énergie et des ressources énormes vont être utilisés à vérifier que nous sommes conformes à des recommandations dont, à aucun moment, nous n'avons examiné la signification ni la validité. Un exemple : le dossier de soins. Nous sommes l'une des rares structures à avoir, de tout temps, eu un dossier unique. Certes, il n'est pas sans défaut, il est aujourd'hui ce qu'il est, de par notre histoire, nos valeurs, notre éthique... Ce dossier existe depuis des décennies pour certains patients : qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'il soit touffu ? Sur le dossier, il ne nous est pas demandé si les observations sont pertinentes, si nous prenons en compte le mode de vie du patient, sa condition sociale, culturelle, psychologique dont nous connaissons tous l'importance. Non, ceci ne rentre pas en ligne de compte : ce qui est important, c'est la numérotation des pages, la date, l'identification du médecin, etc. Tout ceci n'est pas neutre, ces méthodes de gestion tendent à substituer au débat d'idées, à la confrontation féconde des points de vue, la vérification minutieuse d'items, plus ou moins arbitraires ! Il y aurait une vérité concrète, neutre, objective, universelle, et si les gens ne sont pas d'accord, ce serait parce qu'ils n'auraient pas bien compris... Nous avons la chance d'avoir une direction et un CA qui bénéficient de la confiance et de l'estime du personnel. Cet Hôpital s'est développé au fil des années grâce à une adéquation, à une anticipation des besoins de santé de la population. Souvent, ceci s'est fait contre l'avis des tutelles qui reconnaissaient ensuite que nous avions raison. Ne renonçons pas à ce qui fait notre identité au nom d'une mise en conformité, à des normes dont nous n'avons jamais évalué la pertinence. Veillons à transmettre ces valeurs à nos collègues qui vont nous succéder ». Cette longue déclaration, qui sonne comme un baroud d'honneur, a presque une valeur testamentaire, si on la considère depuis notre époque actuelle (environ dix ans plus tard). Elle sonne comme une volonté de résister jusqu'au bout à la nouvelle logique du système sanitaire. Ne pas se résigner, dans l'intérêt des patients, pour assurer la meilleure prise en charge possible, en accord avec les valeurs ancestrales de *Varsovie*. Cet hôpital, militant, résistant, a su affronter les crises, a souvent gagné ses batailles ; il s'est toujours remis de ses échecs. Mais devant cette sorte de rouleau-compresseur, que rien ne semble pouvoir arrêter, la lutte semble inégale, les marges de

manœuvre sont réduites. Le directeur répond au président de la CME : « En ce qui concerne le pilotage médico-administratif, je suis ennuyé par ce que vous ressentez et par le poids que cela représente. Je suis soumis à des contraintes extérieures auxquelles je ne peux déroger. Je me sens dans la situation de celui qui conduit un convoi dont les membres ne respectent pas le code de la route. Je ne suis pas prêt à enfreindre ce code car j'en mesure les risques. Pouvons-nous faire fi des obligations, commettre des infractions ? J'accepte la lecture critique, mais il nous faut mesurer les enjeux ». Le Dr Marmet pense que l'accréditation est un outil d'amélioration de la qualité, visant à modifier les pratiques soignantes et à rendre un meilleur service au patient. Il continue : « Cela crée une dynamique positive. Le vrai débat qui doit nous préoccuper réside dans la logique de privatisation du système de santé, avec la mise en place de cette T2A ». M. Radigales, toujours à propos des accréditations : « aujourd'hui, l'HAS s'en empare. Elles deviendront des certifications et impacteront directement les tarifs et les autorisations ». Cette dernière affirmation signifie tout bonnement que les structures hospitalières n'auront pas d'autre choix que de s'y plier. Les élèves les plus vertueux seront récompensés et gare aux cancre ou aux récalcitrants ! « J'étais l'un des rares à être favorable à ces accréditations, se rappelle le Dr Loup. Ce qui n'était pas le cas du président de la CME. J'étais assez inquiet car ce dernier devait avoir un rôle plutôt moteur dans ces démarches de certification. Le directeur, qui le connaissait bien, m'avait rassuré en me disant que c'était sa dernière charge contre la certification et qu'après nous pourrions avancer. J'ai essayé de faire la promotion de la démarche qualité. On me répondait que nous n'étions pas l'industrie. Mais justement, pour prodiguer des soins de qualité, nous aurions dû développer tout cela avant l'industrie ! En tant qu'expert-auditeur, j'ai vu des hôpitaux évoluer énormément grâce à cela. Sur cette première démarche d'accréditation, il y avait une démarche médicale. Par la suite, la certification est tombée dans une démarche trop industrielle et normative<sup>232</sup> ».

Un excédent budgétaire ! L'exercice 2005 est excédentaire de 1 730 284,75 euros, du fait de la décision modificative, allouée fin 2005, par les autorités sanitaires (2 400 000 euros). Les dépenses de personnel ont augmenté de 6 % (recrutements nécessaires pour accompagner l'augmentation d'activité, notamment en Maternité), les dépenses pharmaceutiques ont diminué de 4 % (les équipes médicales ont su concilier impératifs de soins et dépenses de pharmacie), tout comme les dépenses à caractère hôtelier et général (50 000 euros en moins, pris au poste de restauration : la structure a récupéré la préparation des repas sous-traités auparavant au CHU, ce qui a permis une amélioration qualitative et une baisse des dépenses). Cet excédent est une bonne nouvelle pour l'Hôpital, car cela lui permettra de continuer à fonctionner dans de bonnes conditions. Ces fonds propres permettront de stabiliser la trésorerie, ce qui donnera confiance aux organismes bancaires sollicités, le cas échéant.

---

232 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

Avril 2006 : l'équilibre budgétaire sera obligatoire car il n'y aura aucune reprise du déficit par les autorités sanitaires. Le budget est pourtant en hausse, grâce aux nouveaux dispositifs mis en place (vaccination et lutte anti-tuberculeuse, redimensionnement de la Maternité, augmentation générale d'activité...). Une augmentation de 5% du prix-journée est proposée. L'établissement devra poursuivre ses efforts : mutualisation d'équipes entre services, réorganisations internes... L'HJDV sera une priorité régionale et aura le soutien actif des autorités sanitaires. Un plan de rééquilibrage va être proposé pour combler le déficit structurel de l'établissement, mais l'Hôpital devra continuer à s'investir dans de nouveaux projets.

En mars 2008, le directeur rappelle l'obligation de diversifier les activités : « La législation relative à la planification hospitalière va changer et si notre "masse critique" n'atteint pas 220 à 250 lits, nous deviendrons un appendice du CHU ou nous serons candidats au rachat ». Face à la demande incessante, faite à chaque praticien, d'accroître son activité, et devant le risque de glissement vers un paiement à l'acte généralisé pour les praticiens hospitaliers, la CME s'abstient à l'unanimité sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2008. Cette abstention n'est pas un désaveu de la direction : la CME s'engage à améliorer l'activité de l'établissement et sollicite une réunion des services avec la direction. Le but de cette démarche est de prendre des mesures concrètes et réalistes, permettant d'augmenter l'activité et l'efficience, afin d'atteindre les objectifs. Le tout, sans trahir l'éthique institutionnelle, ni altérer la qualité relationnelle avec les patients. Ce propos d'Amandine Peyron, illustre la situation : « Aujourd'hui, on nous demande de faire la même chose qu'avant, avec deux fois moins de temps. On peut expliquer que c'est impossible, on nous renvoie que, de toute façon, nous devons travailler mieux et davantage, le tout à moyens constants...<sup>233</sup> ».

Au printemps 2009, il est fait le constat que Joseph-Ducuing souffre d'un déficit structurel chronique qui se chiffre, chaque année, à 1 200 000 euros. L'augmentation d'activité permet de le réduire en partie, mais chaque année, l'Hôpital bénéficie de rallonges budgétaires par les autorités sanitaires qui ont fait le choix d'aider certains établissements. Monsieur Radigales met cependant en garde : « Si nous ne corrigeons pas nos dysfonctionnements, nous pourrions difficilement plaider notre cause devant le futur directeur de l'ARS. Pourtant, il me semble difficile aujourd'hui de ne pas générer de déficit. Sept établissements sont en redressement. L'objectif recherché par la politique de Santé n'est autre que la disparition d'établissements et l'obligation faite aux hôpitaux d'être en équilibre budgétaire. Nous devons vivre avec le risque que la décision politique puisse changer ». Le Dr Garipuy : « Nous devons tout faire, en sachant que cela ne suffira pas : la décision politique sera fonction de l'utilité de l'HJD (utilité qui se maintiendra si nos pratiques se démarquent). Nous devons être techniquement irréprochables et conserver les caps médicaux et administratifs ». Pour le Dr

---

233 Madame Amandine PEYRON, questionnaire et entretien, 9 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

Uzan, l'étranglement de l'Hôpital Public est une volonté politique. « Il faut reconnaître que l'augmentation d'activité et la baisse des tarifs sont des réalités qui épuisent les personnels ».

Avril 2009, de nouveaux problèmes d'orientation sur l'activité des services sont posés. Le Dr Marmet avance : « La logique appliquée en matière de révision des tarifs est la suivante : diminution des actes réalisés en plus grand nombre, et inversement ». Le Dr Uzan : « C'est une fuite en avant ! ». Le Dr Gaches prévient : « Nous perdrons notre âme si nous mettons en place une "sélection" par type d'activités ». Monsieur Radigales répond : « Deux hypothèses s'offrent aux établissements de santé. La première consisterait à se soumettre aux impacts de la T2A en faisant une "sélection" des patients et des pathologies traitées. La deuxième – choix que nous avons retenu pour notre institution –, vise à ne faire de ségrégation, ni au niveau des catégories sociales des patients, ni au niveau des pathologies prises en charges. Effectivement, cette équation impose que les activités individuelles et collectives soient soutenues, que soient observées une homogénéité et une équité dans les charges de travail et d'activités de chaque praticien, et que soit tracée et valorisée de manière exhaustive l'activité de chacun. Je confirme que l'HJDV a fait le choix de ne pas créer de pôle pour que les solidarités internes puissent s'exercer, de soutenir et de dispenser les activités non "rentables", de maintenir les partenariats avec le Service Public ainsi que le principe du salariat. Ceci étant, 20 régions sur 22 sont favorables à la rémunération à l'activité dans les établissements hospitaliers (c'est malheureusement un mode de recrutement dans les régions déficitaires). Si je m'y oppose, en tant que responsable régional FEHAP, cela va s'imposer à nous, réglementairement. Nous sommes en situation de concurrence déloyale dans certaines disciplines comme la Radiologie. L'introduction d'une part variable dans la rémunération des praticiens (entre 10 et 80% du montant du salaire) est en discussion au Sénat ».

Dans le domaine de la Santé publique, 2009 est une date importante avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST). A l'initiative des CME des hôpitaux généraux de Midi-Pyrénées, une pétition circule pour dénoncer le projet de gouvernance visant à remettre en cause le pilotage médico-administratif des institutions sanitaires. Selon le Dr Marmet, certaines applications de cette loi sont dangereuses pour la protection de notre système de santé ; il propose d'être solidaires et signataires de cette motion. Le Dr Garipuy souligne, de son côté, que les critères de concurrence, de rentabilité et donc de profit, intègrent la santé au secteur marchand. Le patient devient un client ! Pour lui, c'est la fin du Service Public et du statut des personnels dans les hôpitaux. Monsieur Gonzalvo confirme ces propos en rapportant que les hôpitaux publics vont devoir adhérer à cette logique commerciale et que la loi HPST remet profondément en cause les principes républicains (l'objectif final étant la disparition des hôpitaux...). Monsieur Radigales ajoute que la loi HPST est l'expression d'une politique décidée nationalement (reprise en main de l'organisation régionale des soins, recentralisation de

la décision et du pouvoir politique) : « Cela va mettre en tension le système associatif. La disparition du salariat médical, non encore actée, est dans la logique de cette loi ». Le directeur pense également que les partenariats avec le réseau mutualiste doivent se renforcer du fait des enjeux communs. Enfin, il rappelle que s'opposer à l'esprit de cette loi est permis, mais qu'il sera obligatoire de la respecter ». Monsieur Roumy : « La FEHAP mesure mal les conséquences de la politique gouvernementale appliquée en matière de santé. Seule la fusion des Associations permettra leur survie. Les Associations mutualistes doivent mener cette réflexion. Nous devons résister face à la loi HPST. Notre existence est menacée si nous dévions de notre éthique et de notre pratique ». Le Dr Casanova déplore le fait que les statuts et les missions de la Fonction Publique soient amenés à disparaître de la sorte et que les assurances privées se substituent à l'Assurance Maladie. Une motion sera rédigée afin d'alerter les patients de tous ces risques.

Juin 2009. M. Gonzalvo : « L'augmentation d'activité est un enjeu déterminant pour l'équilibre budgétaire de l'établissement. Il nous faudra atteindre les seuils imposés dans chaque spécialité ». Le Dr Uzan : « L'ensemble du corps médical n'est pas suffisamment impliqué dans la situation budgétaire de notre institution, par manque d'investissement ou par tendance à croire que l'HJDV est intouchable du fait du soutien des autorités sanitaires. Nous devons tous prendre la mesure du déficit (2,5% du budget annuel). Sans retour à l'équilibre, l'établissement sera soumis à un plan de redressement qui pourrait conduire à réduire les effectifs. Nous sommes responsables de notre activité, mais aussi de l'emploi des personnels. L'établissement doit augmenter le nombre d'hospitalisations et réduire les consultations lourdes (peu "rémunératrices") ». Peu à peu, le personnel se sent étouffé par le système ; malgré sa volonté marquée de préserver l'esprit de la *Maison*, on s'aperçoit ici d'un risque majeur de déviation d'objectif, au détriment de l'éthique.

Octobre 2009 : afin de résorber le déficit structurel chronique de l'établissement, des aides pluriannuelles sont proposées par les autorités sanitaires, en échange de la signature d'un plan de retour à l'équilibre budgétaire. Il est toujours question d'augmentation d'activité, d'augmentation de "productivité", avec cette interrogation : « Quelle durée de séjour pour telle ou telle pathologie ? » ou bien celle-ci : « Quelle pratique doit être mise en place ? ». M. Roumy insiste sur ce fait : « Si certaines décisions nous déplaisent, l'avenir de la structure est en jeu. Nous devons accepter la proposition d'aide pluriannuelle de l'ARH et éponger notre déficit chronique. Cela semble, pour notre survie, incontournable ». La signature de ce plan d'aide est en effet inéluctable. Il ne s'agit pas d'un acte fait en urgence, contraint avec un pistolet sur la tempe, mais presque... S'il existait, jusqu'alors – à de rares exceptions près –, un rapport de confiance avec l'ARH et ses prédécesseurs, cela pourrait se transformer, à l'avenir, en rapport de forces avec l'ARS. Cela s'est d'ailleurs vérifié peu de temps après. Voyez plutôt :

M. Gonzalvo (début 2010) : « Les propos tenus par le directeur de l'ARS confirment l'amorce d'une ère délicate pour les hôpitaux. La politique nationale va se déployer au niveau local et les orientations de l'ARS vont accélérer les réorganisations hospitalières. Les établissements sont invités à atteindre une masse critique, ce qui nécessitera des regroupements. Le message est clair : le regard financier sera examiné très précisément. Cependant, l'ensemble des projets et la politique de l'ARS ne pourront pas se mettre en place dans des délais courts, ce qui nous permet une lisibilité jusqu'en 2011. Nous devons remplir nos missions et tenir nos objectifs stratégiques, tout en étant autonomes financièrement ». En 2014, David Gonzalvo nous confie que les contraintes financières pèsent de plus en plus sur l'établissement depuis le début des années 2010 ; cette pression tire ses origines des différentes lois de financement de la Sécurité Sociale qui se sont succédées et des contraintes liées à la dette publique.

Septembre 2010, l'évolution du paysage hospitalier régional s'accélère, Joseph-Ducuing n'est pas seul dans la tourmente. Le président de la CME, le Dr Marmet, annonce : « Suite au refus de l'ARS, l'établissement doit déposer un EPRD modifié. La situation est très difficile pour l'ensemble des hôpitaux publics de Midi-Pyrénées. Le sort de cinq d'entre eux est déjà tranché (transformation en hôpital local) ; il y en aura d'autres. Le travail de l'ARS est en marche. Nous devons veiller à la pérennité de notre institution et bien réfléchir à nos engagements dans les années à venir. Si l'équilibre financier n'est pas atteint, nous serons traités à l'identique des autres établissements ». Le directeur, Monsieur Gonzalvo, ajoute : « La situation des établissements pour lesquels seul le budget d'investissement a été rejeté devrait se normaliser. Pour d'autres, dont l'HJDV, les budgets de fonctionnement et d'investissement ont été refusés. Certains de ces hôpitaux, en grande difficulté, n'ont plus d'avenir (des problèmes de niveaux d'activités s'ajoutant à des problèmes budgétaires). D'autres doivent se résoudre à des plans de redressement mais ne sont pas forcément menacés de fermeture, compte tenu de leur réponse en terme d'offre de soins (Albi, Castres...). Curieusement, d'autres encore sont épargnés (Auch, Lannemezan...). Notre établissement se trouve à la croisée des chemins. J'ai le sentiment que l'ARS ne remettra pas en cause la pérennité de notre institution et ne s'opposera pas à notre stratégie de développement (son objectif n'est pas de nous placer dans une position de plan de redressement). Malgré ce ressenti positif, le message est sans ambiguïté : nous devons justifier une situation équilibrée fin 2011. Pour cela, nous devons faire des efforts en matière de maîtrise des dépenses de personnels et poursuivre l'augmentation d'activité en MCO. Les médecins vont être invités à augmenter le nombre de consultations. L'effort doit être collectif. La survie de notre institution passe par l'aspect original de notre offre de soins par rapport aux autres établissements de santé toulousains. Nous devons nous distinguer dans nos spécialités et dans la qualité de la prise en charge des patients qui fréquentent notre structure. Même dans le secteur de l'obstétrique, pourtant très concurrentiel à Toulouse, la Maternité de

L'HJDV a un très fort rayonnement. C'est peut-être ce mélange d'humanité et de sécurité des soins qui nous permet d'être attractifs. En Médecine, la prise en charge de pathologies spécifiques contribue à nous crédibiliser. La Chirurgie peut aussi réussir ce pari chez nous, malgré le fait que l'HJDV ne pèse quasiment rien, en terme de Chirurgie, sur le territoire toulousain ». Le Dr Laure Jonca, se souvient de ce rejet du budget par l'ARS, au moment où M. Gonzalvo est devenu directeur : « Mes services [direction financière] étaient concernés. Il a fallu refaire le budget durant l'été 2010, en faisant des choix, en fermant des activités et des postes. Cela a engendré de fortes tensions, des mouvements sociaux<sup>234</sup> ».

Octobre 2010 : le CA a reçu une délégation du personnel qui a fait part de son inquiétude concernant les gels de postes. Les administrateurs ont pris en compte l'expression des salariés. Des discussions seront engagées avec les représentants du personnel pour étudier des propositions différentes d'économies, tout en respectant le budget imparti. Le CA a confirmé sa décision quant aux engagements d'équilibres budgétaires pris avec l'ARS (le conflit aurait été un choix suicidaire). Monsieur Gonzalvo poursuit en disant que la direction a pris le parti d'une décision plus équilibrée concernant les gels de postes (par un jeu complexe de chaises musicales une solution satisfaisant les deux parties a été trouvée). De son côté, le Dr Garipuy exprime son inquiétude quant à l'objectif d'atteindre l'équilibre budgétaire fin 2011. Pour lui, il faut porter des projets bien définis : « Du fait de la pression de l'ARS et du contexte économique, nous n'avons aucune vision claire de l'avenir de l'établissement dans les cinq années à venir. Je crains 2012. Nous devons réactiver le Comité de défense de l'Hôpital Joseph-Ducuing (usagers, salariés, journalistes, politiques...) ! ».

#### Projet d'établissement pour la période 2006-2011

Principal objectif : augmenter la "masse critique" de l'établissement, notamment au niveau chirurgical, secteur en sous-effectif. Si l'établissement veut maintenir le trépied MCO, il est nécessaire d'avoir un équilibre entre les trois, ce qui n'est toujours pas le cas en 2004.

Décembre 2006 : voici le dimensionnement proposé aux autorités sanitaires :

- Médecine : 50 lits de Médecine Interne et Polyvalente (2 lits identifiés Soins Palliatifs), 10 lits en hospitalisation de semaine, 5 lits en hospitalisation de jour et 25 en Gériatrie.
- Unité de Soins Palliatifs : 13 lits (avec redimensionnement de la consultation douleur) ;
- Chirurgie : 40 lits (30 en hospitalisation complète et 10 lits en hôpital de semaine) ;
- UHCD : 6 lits ;
- Surveillance Continue : 8 lits ;
- Orthogénie : 8 places (5 dédiées aux IVG chirurgicales, 3 aux IVG médicamenteuses) ;

---

234 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

- Obstétrique : 45 lits (dont une activité de néonatalogie, « unité kangourou » de 10 lits) ;
- intégration d'un pôle d'Addictologie et de maintien des dispositifs de Santé publique ;
- création d'une HAD gériatrique.

La capacité totale de l'Hôpital serait de 217 lits (hors HAD et rééducation fonctionnelle).

En mars 2007, les orientations stratégiques, retenues par les autorités sanitaires, pour le projet d'établissement 2006-2011, sont les suivantes :

- conforter le positionnement de l'HJD comme hôpital général MCO de proximité du centre-ville de Toulouse avec, notamment, le développement de la Médecine et de l'Obstétrique, le tout en appliquant les principes du Service Public : égalité d'accès (accueil de toutes les populations et tarification sur la base exclusive du secteur 1), continuité de fonctionnement (service des Urgences, prenant en charge tous les secteurs des Urgences Médicales, Chirurgicales et Obstétricales), évolution (adaptation permanente aux évolutions technologiques et médicales, réglementaires et en matière de gestion hospitalière, aux besoins en complémentarité avec les autres structures).
- conforter le pôle de référence régionale en Soins Palliatifs et renforcer le dispositif d'évolution et de traitement de la douleur chronique rebelle.
- contribuer à la politique de Santé publique : addictions, DDVLAT, centre périnatal de proximité, PASS, participation au pôle Humanitaire et de Santé publique (CHU/HJD).
- étudier l'inscription de l'établissement dans la prise en charge de la personne âgée en institution et à domicile, au sein de la filière gériatrique.
- pérenniser la structure : atteindre une taille suffisante pour assurer la pérennité de l'Hôpital, en lui permettant de continuer à faire face aux exigences réglementaires, législatives (et de qualité), ainsi qu'aux contraintes financières, dans la logique T2A.

#### L'avenir de l'Oncologie dans l'établissement

Octobre 2005 : l'avenir de l'Oncologie à l'HJD devient préoccupant. Cette Cancérologie doit se développer au sein de la structure (Gynécologie, Soins Palliatifs, plan Cancer). Le Dr Couteau, chargée de cette discipline, voit son activité ne plus représenter que 10% de son temps de travail, ce qui remet en cause le maintien de cette spécialité à Joseph-Ducuing. L'établissement doit faire en sorte que son volume d'activité soit suffisant ; il serait alors reconnu comme centre de Cancérologie. Dans le cas contraire, il faudra accepter de détacher le Dr Couteau auprès d'un centre référent. Un travail de fédération en Cancérologie verra le jour à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006 : le Dr Couteau sera chargée de recherche clinique en Oncologie, auprès du Professeur Guimbaud, et sera mise à disposition du CHU par l'HJD. Cette coopération a été perçue positivement : elle a permis à l'institution de poursuivre son

activité de Cancérologie. Les équipes chirurgicales et médicales de l'HJD se sont vues soulagées par cette décision. De son côté, le Dr Gaches semble plus inquiet : « Je me bats pour garder la Cancérologie et le Dr Couteau. Cependant, nous risquons de perdre cette spécialité et notre praticien (risques de manœuvres du CHU) ». Le directeur répond que l'HJD continuera à administrer des chimiothérapies et a tout intérêt à ne pas se séparer du Dr Couteau, dont les compétences professionnelles sont reconnues sur la place toulousaine. « Stratégiquement, il est important de maintenir de bonnes relations avec le CHU. Notre Hôpital a besoin de lui, mais nous devons veiller à ce que le CHU ne nous étouffe pas », conclut M. Radigales.

#### Le Dispositif départemental de vaccination et de lutte anti-tuberculeuse (DDV LAT)

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, les autorités sanitaires ont confié à l'HJD deux missions de Santé publique : vaccination et lutte anti-tuberculeuse. Pour ce faire, l'Hôpital accueillera désormais le DDV LAT. M. Paulo nous apporte quelques détails : « Nous avons un camion de radiologie numérique pour les personnes qui ont difficilement accès à ces examens. Nous sommes ainsi en contact avec les gens du voyage, avec les prostituées ; nous intervenons même pour des campagnes de dépistage (récemment à l'Université, à Météo-France, à Pasteur...). Nous avons aussi participé à la mise en place du service de Radiologie de la maison d'arrêt de Seysses. Deux manipulateurs de l'HJD sont détachés pour faire les clichés là-bas. Par ailleurs, nous assurons aussi les vaccinations dans les collèges de l'agglomération<sup>235</sup> ». Le Dr Jonca rapporte : « Avec le DDV LAT, nous avons la chance d'avoir gardé un pan de Santé publique. C'est une enveloppe à part, de mission d'intérêt général. Grâce à elle, nous gardons cet esprit du dépistage, de prise en charge des populations précaires (camps de Roms, prisonniers...). C'est très important pour nous, comme la partie éducation thérapeutique que nous faisons sur le SIDA, les hépatites, le diabète, etc.<sup>236</sup> ».

#### Perte de la gestion du Centre de planification et d'éducation conjugale et familiale (CPEF)

Par décision du Conseil Général, à compter du 30 juin 2006, l'HJD ne sera plus gestionnaire du CPEF. C'est une décision politique visant à réorganiser les actions de planification, le Conseil Général ayant considéré que les besoins du département étaient mal couverts. Cela génère l'inquiétude des personnels concernés. Une équipe qui fonctionnait bien risque d'être dissoute. Le Dr Charasson en fait l'amer constat : « Notre organisation est remise en cause (mission d'orthogénie, permanence téléphonique régionale IVG-contraception, conseil conjugal et familial, centre de référence IVG de ville...) ». Le Dr Jonca : « L'IVG est un combat institutionnel et cette dénonciation fait mal ». M. Radigales : « L'HJD est en phase de

---

235 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

236 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

négociation. J'ai soutenu la qualité du travail de l'équipe, son engagement et la pertinence de la concentration des actions du CPEF dans notre Hôpital ». Si l'HJDV perd ici une branche importante, il continue de se voir sollicité par l'ARH : il est site pilote pour un projet expérimental : le « Guide de bonne pratique des antibiotiques ».

### Le problème des cotations mal renseignées est source de pertes de financements

La cotation des actes, peu en rapport avec la mentalité des médecins de la *Maison* (qui voient en plus augmenter leur charge de travail par cette nouvelle mesure), pose de sérieux problèmes à l'établissement. En septembre 2006, la direction fait le constat que les consignes ne sont pas suivies : « certains médecins de l'institution pensent que la cotation des actes ne relève pas de leur responsabilité. Or, le fait de remplir rigoureusement les cotations est nécessaire pour recenser toute l'activité, et donc récupérer tous les financements, éviter des déficits et des décisions injustes comme l'augmentation continue du prix de journée ». M. Gonzalvo nous avoue, en 2014 : « Les médecins étaient assez peu sensibles à ces incitations à coter correctement leurs actes. Dans le secteur libéral, le médecin est incité à coter, sinon, il n'est pas payé à la fin du mois ; le salarié du Public est payé dans tous les cas. Je le constate chez nous : quelques médecins libéraux n'ont, semble-t-il, pas la même rigueur vis-à-vis des cotations (fastidieuses, chronophages) quand ils font leur mi-temps chez nous que quand ils sont dans leur cabinet ou leur clinique. Mais je ne jette pas la pierre aux médecins : ce système est instable, incompréhensible pour des cliniciens et assez éloigné de leurs préoccupations médicales. Je le regrette parfois, parce que cela pénalise notre établissement en terme de financement, mais je les comprends<sup>237</sup> ». Pour ma part – Simon Latapie – je peux faire mon mea culpa et confirmer : quand j'étais amené à coter mes actes réalisés au CHU (notamment), je ne mettais guère de cœur à l'ouvrage. Ma préoccupation, c'étaient les patients, leur famille, les soins, etc. Je passais très vite sur la cotation, pour ne pas dire que je la bâclais. Le Professeur Marmet, à son tour, au sujet de ces fameuses cotations : « Il persiste une exemplarité de la pratique médicale, porteuse de valeurs, dans cette structure. Mais aujourd'hui, avec la contrainte du déficit, cela devient fatigant, voire épuisant. L'analyse des recettes que l'on perdait en ne faisant pas l'effort contraignant de coter tout ce que l'on faisait, était impressionnante : à une période, cette perte de recettes pouvait pratiquement couvrir le déficit ! Si nous n'étions pas assez attentifs aux cotations des actes, c'était aussi parce que ça n'allait pas avec notre esprit<sup>238</sup> ». M. Paulo, quant à lui, nous explique ceci : « Devoir coter et remplir de la paperasse diminue le temps passé avec les patients. Quand je suis arrivé, je passais tout mon temps auprès des personnes ou bien à développer les films de radio. Aujourd'hui, le

---

237 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

238 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

manipulateur radio remplit surtout des papiers. Pourtant, son rôle au contact des malades n'est pas négligeable (rendre plus humain un environnement froid et aseptisé)<sup>239</sup> ».

### Le Centre de référence en Infectiologie ostéo-articulaire, le Docteur Giordano

Le Dr Gérard Giordano connaît l'hôpital depuis 2004. Il avait une expérience des établissements FEHAP depuis qu'il avait été externe à l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille ; il en gardait un excellent souvenir. Il a d'abord travaillé au CHU, avant d'envisager de le quitter et de remarquer que l'HJDV adhéraît à la FEHAP ; il l'a rejoint en 2007 et y exerce toujours.

Mars 2008 : le Dr Giordano fait une présentation du projet de Centre de référence inter-régional en Infectiologie : « Au-delà du service rendu aux patients, ce projet est important pour la dynamique médico-chirurgicale et notre image de marque ; c'est une opportunité pour l'HJD. Cette activité est déjà en cours, dans l'établissement, depuis mon arrivée, en juillet 2007 (pratique que j'ai exercée 8 ans au CHU). Preuve est faite que l'HJD peut faire de la prothèse septique. Le flux important de patients va nécessiter une augmentation de la capacité des lits chirurgicaux. Ce projet nécessite la constitution d'une équipe pluridisciplinaire ». Le Dr Casanova nous apporte son éclairage : « le Dr Giordano s'est intéressé à un secteur délaissé : il a été pionnier pour la Chirurgie de reprise des arthroplasties suppurées (prothèses infectées). C'était le tabou de l'Orthopédie, un problème qui n'avait jamais été pris de façon frontale et systématique. Chacun voyait dans son coin, de manière ponctuelle, comment il pouvait résoudre le problème en se disant : « Quelle galère ! ». L'idée géniale du Dr Giordano a été de dire que cela devait devenir une activité sérieuse, précise, réalisée en collégialité (infectiologues, biologistes, anesthésistes, chirurgiens...). Il a voulu en finir avec le "bricolage". J'ai beaucoup de respect pour lui : c'est une chirurgie difficile, très lourde, très longue (2-3 heures en moyenne, parfois beaucoup plus pour un cas difficile...), qui demande beaucoup d'engagement personnel (physique et mental). C'est un peu comme la Chirurgie carcinologique. Il faut être un véritable phénomène pour s'attaquer à cela car, en plus, ce n'est pas "rentable" du point de vue de l'activité. Nous sommes vraiment dans de la Médecine. La plupart des confrères chirurgiens se sont réjouis de voir que quelqu'un allait faire ces reprises convenablement. Quand j'ai pris ma retraite, il recevait une quarantaine de patients par an avec prothèses infectées, soit environ un cas par semaine, ce qu'aucune équipe chirurgicale de France n'avait !<sup>240</sup> ». Le Dr Giordano : « Actuellement [en 2014], je suis à quatre reprises (interventions de chirurgies septiques) par semaine, soit environ 120 à 160 personnes par an pour des reprises complètes (sans compter les reprises partielles). Bien entendu, cette Chirurgie de reprise est noyée dans une activité de Chirurgie Orthopédique générale. Il faut continuer à

---

239 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

240 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

faire de l'Orthopédie Générale pour répondre aux besoins et pour que le service soit économiquement viable. La Chirurgie de reprise demande beaucoup d'investissement (énergie, implication, remises en question, travail en équipe...) et génère bon nombre de complications. Le secteur privé nous adresse des patients pour des chirurgies de recours, pour des raisons d'expertise essentiellement (la nôtre est reconnue à l'étranger) et pas uniquement parce que cette activité est peu "rentable" – mais c'est en partie vrai<sup>241</sup> ».

Mars 2010, en CME, le Dr Giordano dit : « Mon investissement dans les infections ostéo-articulaires (IOA) est très fort et je travaille depuis de nombreuses années en binôme avec le Dr Bonnet. Le recrutement de ce praticien hospitalier (expert HAS et référent national de cette spécialité) aura un impact, en terme d'aura, sur l'établissement. De fait, cela permettrait à l'HJD de se dimensionner sur le plan national et de devenir Centre de recours pour les IOA (positionnement stratégique important vis-à-vis de l'ARS). Pouvoir reconstruire des prothèses de première intention est intéressant pour les médecins généralistes ou orthopédistes. De plus, cette activité de prothèse septique génère de l'activité en Bactériologie et en Radiologie. Il s'agit d'un projet collectif et transversal qui s'inscrit dans la mentalité et la mission hospitalière de l'institution, avec un vrai service rendu aux patients ». En Novembre 2014, Gérard Giordano m'explique le développement incroyable de sa filière de soins : « Dès le début de ma carrière, au CHU, je m'occupais de pathologies complexes (poly-traumatologie, chirurgies de recours) ; dans ce cadre, j'étais confronté à des séquelles, à des complications, notamment infectieuses. Je me suis rapidement intéressé à l'Infectiologie qui est, historiquement, un domaine primordial en Médecine – on a tendance à l'oublier depuis l'arrivée des antibiotiques. Très tôt, nous avons formé un binôme avec le Dr Bonnet, infectiologue au SMIT [Service de Maladies Infectieuses et Tropicales]. En arrivant à l'HJD, j'ai apporté mon réseau et j'ai essayé de repérer la place que pouvait occuper cette structure à Toulouse, ainsi que les tendances épidémiologiques. Je me suis rendu compte que les problèmes infectieux étaient prégnants – au même titre que l'Oncologie – et qu'il y avait quelque chose à faire dans ce domaine. Cela allait correspondre aux demandes ministérielles qui réaliseraient un maillage du territoire français. La mise en place de cette nouvelle filière a plutôt bien fonctionné même si tout n'est pas encore parfait. Cette activité, qui apporte une valeur ajoutée au service de Chirurgie, ainsi qu'à l'HJD, reste cependant assez méconnue, y compris au sein de notre structure. Nous avons fait cette année 29 communications internationales sur notre activité multidisciplinaire<sup>242</sup> ». Le Dr Giordano est délégué français de la Société Européenne d'Infectiologie ; à ce titre, il sera chargé d'organiser le congrès de cette Société qui aura lieu, en France, en 2017. « En terme d'activités de chirurgies complexes et infectieuses, nous avons à Joseph-Ducuing l'un des plus grands

---

241 Docteur Gérard GIORDANO, entretien du 28 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

242 Docteur Gérard GIORDANO, entretien du 28 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

Centres de révision de hanches en Europe. L'HJD est ainsi référencé par l'Union Européenne comme Centre de recherche, de développement et d'innovation au sein d'un consortium de recherche européen que je vais bientôt intégrer. Nous allons travailler avec l'Université de Birmingham, spécialiste mondiale en biomécanique, avec l'École Polytechnique, avec les Universités de Sydney et de Trieste. Avec eux nous allons parler recherche et innovation autour des biotechnologies et des bio-matériaux rapportés aux problèmes infectieux et prothétiques. En parallèle, il y a le développement d'outils chirurgicaux pour réaliser les révisions chirurgicales. Je me suis par exemple impliqué dans tout ce qui est navigation<sup>243</sup> prothétique primaire, avec une société américaine. Quand j'ai commencé à travailler avec eux, j'ai clairement affiché mon intention de développer une navigation révisée (secondaire). Aujourd'hui, nous sommes entrain de créer, avec eux et deux grands pôles de chirurgie américains – Stanford et Cleveland –, le premier navigateur au monde sur la révision prothétique du genou. La navigation est actuellement très discutée en Chirurgie. Nous ne sommes que 3 à 5 % à naviguer dans le monde. L'idée d'un navigateur révisé est née, avec notre partenaire, à Joseph-Ducuing... Ce sera le premier navigateur mondial de révision ! Bref, tout cela va contribuer à changer l'image extérieure de l'HJD et, en interne, le personnel n'a pas encore mesuré les incidences que cela va avoir en terme d'ouverture à l'international. Nous allons bientôt publier et faire de la recherche avec Harvard grâce au Dr Bicart-See. Cela va remettre l'HJD dans la posture qu'il tenait à un moment donné de son histoire. Il ne faut pas oublier que le Professeur Joseph Ducuing, lui-même, était connu sur le plan international, qu'il communiquait énormément et qu'il était en avance sur son temps. L'Hôpital a eu ce côté laboratoire, ce caractère innovant et clairvoyant, peut-être davantage que ces dernières années. Cependant, si j'ai pu développer une filière comme l'IOA, au sein de cet Hôpital, c'est aussi grâce à ceux qui y ont travaillé avant. Aujourd'hui, nous sommes plusieurs chirurgiens. Le Dr Casanova a maintenu à flot la Chirurgie Orthopédique en étant seul sur un radeau, à ramer, au milieu de l'Océan, pendant une longue période. Aujourd'hui, l'un de mes objectifs est de montrer qu'au travers d'une Fondation on peut créer un modèle alternatif de fonctionnement. Cela va avec l'esprit de Joseph-Ducuing : on peut faire du très technique, très pointu, mais aussi du très humain, du très social. Notre Hôpital doit faire des paris sur des secteurs moteurs pour créer des dynamiques. L'exemple de l'Infectiologie semble bien fonctionner. Avec ce type de stratégie, tout le monde est gagnant : le patient, grâce au service qui lui est rendu, la Santé publique, qui voit se résoudre une question posée, la Science et la Médecine, par une valorisation scientifique, une valorisation auprès des sociétés savantes et une valorisation industrielle avec les partenaires. Ces derniers peuvent, pourquoi pas, devenir de généreux

---

243 Chirurgie, assistée par ordinateur, qui augmente la précision et permet une adaptation rapide au cours de l'acte chirurgical, suivant les informations reçues.

donateurs puisque nous sommes une Fondation. C'est une stratégie qui se joue sur plusieurs années. En terme d'image, le développement de filières de pointe ou innovantes valorise déjà l'Hôpital et va, à mon avis, le valoriser davantage à l'avenir...<sup>244</sup> ».

### Missions d'enseignement et de formation universitaire

Concernant l'enseignement et la formation, l'HJDV est très sollicité du fait des appréciations positives des internes et externes. La CME émet un avis favorable aux autorisations d'ouverture de 11 postes d'internat, pour novembre 2008 : un en Pharmacie, un en Gynécologie Médicale, deux en Gynécologie Obstétricale, deux en Médecine Générale, deux en Médecine Interne, un en Chirurgie Orthopédique, un en Chirurgie Digestive et un en Biologie. Par ailleurs, en septembre 2008, le CRASP (Centre Régional d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) sera terrain de stage validant pour les internes et les Chefs de Clinique inscrits en DESC "douleurs, soins palliatifs". Enfin, les Doyens de la Faculté sollicitent l'ouverture de postes d'externes à l'HJD. En octobre 2008, cette demande est actée. L'Hôpital accueillera quatre externes, pour une durée de deux mois de stage : chacun passera dans les deux unités de Médecine, aux Urgences, ainsi que dans l'Unité de Soins Palliatifs. Leur encadrement pédagogique sera assuré par le Dr Francis Gaches.

Le Docteur Sophie Ancellin se souvient de sa rencontre avec l'HJD : « C'était le tout premier stage de mon externat ; c'était aussi la première fois que des externes y étaient accueillis. J'y étais allée pour découvrir la Médecine Interne. L'apprentissage était central, le Dr Francis Gaches nous confiait des patients à interroger, à examiner chaque jour. Il y avait une progression pédagogique. Cette structure représentait pour moi un hôpital idéal : à la différence du CHU, Joseph-Ducuing était à taille humaine et le patient était placé au centre de la prise en charge...<sup>245</sup> ». Manifestement elle s'y est plu puisque elle y passera, peu de temps après, deux mois en tant qu'aide-soignante en Soins Palliatifs, et quelques années plus tard, six mois comme interne<sup>246</sup>. Le Professeur Marmet s'arrête un moment sur la fonction d'enseignant qui l'a bien occupé et qu'il semble avoir beaucoup appréciée : « Nous étions impliqués dans l'enseignement. L'Hôpital recevait des internes depuis un moment. L'arrivée des externes a été un déclic pour moi : je me suis aperçu que notre cursus de formation se préoccupait davantage de la dimension médico-technique que de nos compétences relationnelles, de notre éthique. Ceci alors même que les problèmes posés par notre pratique, le caractère bon de ce que l'on fait, le caractère bon des lois qui encadrent nos pratiques, nous amènent à nous interroger de plus en plus. J'ai alors pris un grand virage dans mes priorités d'enseignement. Aujourd'hui, je

244 Docteur Gérard GIORDANO, entretien du 28 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

245 Docteur Sophie ANCELLIN, ancienne interne de l'HJDV ; questionnaire de novembre 2014.

246 Dans la partie introduction, l'amie dont je parlais, qui m'avait conseillé d'aller à Joseph-Ducuing, n'était autre que Sophie. Elle avait vanté l'ambiance très conviviale favorisée par la taille de la structure, les valeurs du personnel, les équipes soignantes aux petits soins, ravies de nous accueillir et de transmettre...

continue à me consacrer à la manière dont on pourrait améliorer les compétences éthiques des futurs médecins. Les Doyens des deux Facultés m'ont suivi : nous avons mis en place des temps dédiés où l'on réfléchissait à l'Éthique. Il existe déjà un module pour les internes de Médecine Générale, qui va se généraliser à tous les internes. L'Éthique est difficile à enseigner : elle s'éprouve dans des confrontations à la réalité. Il ne faut pas la traiter uniquement de manière théorique, mais à travers des cas cliniques réels<sup>247</sup> ».

### La raison syndicale est parfois en défaut...

Mars 2010 : à propos d'un tract syndical, Monsieur Gonzalvo informe les membres de la CME : « Vous avez été destinataires d'un tract syndical, concernant le suicide d'une salariée. Il remet en cause la politique de management du directeur, la direction, la DRH, le Chef de Service et le cadre de l'Unité de Soins Palliatifs (USP), le tout en des termes abjects et calomnieux. Nous avons tous été profondément choqués par ces attaques ». Monsieur Radigales poursuit : « J'ai reçu, à plusieurs reprises, cette infirmière pour l'aider financièrement, organiser ses congés annuels, répondre à sa demande de logement. La reconnaissance de sa pathologie chronique et invalidante lui a été proposée mais elle n'acceptait pas l'idée d'être diminuée. Suite à ce drame, nous avons mis en place, avec le Dr Marmet et son équipe, un soutien pour le personnel de l'USP, ainsi que des espaces de recueil pour les salariés en épuisement professionnel. Ce tract, d'une abjection inacceptable, rendu public au-delà des murs de l'établissement, fait état de contrevérités et de mensonges ; il porte surtout atteinte à la dignité d'une personne. Je considère ces procédés bien éloignés de ce que doit être un débat respectueux de tous et une action syndicale loyale. Cette tragédie est devenue un cas d'étude et un enjeu de médiatisation syndicale en période préélectorale. Cette instrumentalisation est odieuse et irrespectueuse. La direction se réserve le droit de poursuivre les propos tenus dans ce document et de s'exprimer, par courrier, à l'ensemble du personnel ». Le Dr Garipuy se dit personnellement très choqué par le déballage de ce drame sur la place publique : « Ce syndicalisme de bas niveau est le dérapage d'une pratique syndicale ». Une motion de soutien a été rédigée par la CME : « Récemment, le courrier d'une déléguée syndicale, adressé au directeur, a été rendu public. La souffrance d'une salariée disparue et la douleur des équipes de soins concernées ne peuvent être l'objet d'instrumentalisation. Nous trouvons indigne qu'un syndicat puisse le faire. La CME condamne, à l'unanimité, la méthode et les propos tenus dans ce tract. Par cette motion, nous marquons notre solidarité avec les actions conduites par les personnes mises en cause. Certes, l'HJDV est en constante et rapide évolution et il subit, comme les autres hôpitaux publics, des contraintes budgétaires de plus en plus pressantes qui suscitent l'anxiété parmi tous les personnels. Dans ce contexte, la direction

---

247 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

administrative, la CME et l'encadrement accompagnent et soutiennent les salariés qui pourraient être en souffrance. Les syndicats sont également impliqués dans cette démarche et il est de l'intérêt de tous que ceci se poursuive dans le respect de chacun ».

Encore une fois, ce nouvel épisode témoigne de la cohésion d'ensemble qui règne au sein de l'institution, de la solidarité qui perdure entre les personnels soignants et administratifs.

#### Le service Social se sent en difficulté pour accomplir les missions qui lui incombent

Septembre 2010, une lettre ouverte, adressée à la direction et à la CME, par le service Social (Madame Culioli) et les psychologues (Mesdames Comparin-Ainard, Macary et Tourenq), est lue en CME : « Nous tenons à porter à votre connaissance notre désarroi, notre incompréhension, devant les mesures prises par la direction quant au gel et au non pourvoi des postes laissés vacants par deux de nos collègues, assistante sociale et psychologue. Un redéploiement du temps des collègues, en place dans d'autres services, était préconisé. Si nous sommes sensibles à la conjoncture économique actuelle, nous défendons précisément l'accès aux soins pour toute une population habituellement délaissée et exclue. Cet accès passe par un accueil qualitatif et un accompagnement psychosocial sur la durée. Il ne se cantonne pas à un chiffrage d'actes. Notre établissement, conformément à ses missions d'intérêt général, se doit d'accueillir des populations en situation de précarité et demandant une prise en charge psychosociale importante, ceci étayant la prise en charge médicale. Cela fait partie de notre spécificité. Face à la multiplication des problématiques sociales, complexes et aiguës, ces deux professions sont de plus en plus représentées dans les services de santé, y compris dans le privé – pourtant très porté sur la rentabilité. Il est important que notre institution maintienne son engagement auprès de ces populations. Demander à des professionnels d'étendre leur temps de travail, de s'acquitter d'autres missions, nous semble incompatible avec les valeurs chères à notre structure et signe une totale négation de nos fonctions sur le terrain [...] ».

A propos d'assistantes sociales, M. Paulo leur rend indirectement hommage, dans son témoignage de janvier 2014 : « Concernant les CMU et AME, nous avons la chance d'avoir, à l'HJD, une organisation d'assistantes sociales extraordinaire ! Dès qu'on a un problème avec un patient, elles sont là pour l'accompagner dans ses démarches administratives ou de régularisation de situation sociale<sup>248</sup> ». Effectivement, l'HJD a toujours été viscéralement attaché à recevoir, non seulement les plus démunis, mais également les étrangers migrants, en situation légale mais précaire ou bien en situation irrégulière. Cela fait partie de son héritage culturel et historique, de son ADN : la nécessité première de l'Hôpital Varsovie a été d'accueillir et de prodiguer des soins à des étrangers, en l'occurrence à des Espagnols, exilés de leur patrie pour fuir le franquisme et une mort certaine. Cette institution, toujours soucieuse

---

248 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

d'être disponible et utile aux plus faibles, aux plus démunis, a gardé ce caractère d'ouverture envers l'étranger migrant. Cela fait partie de son éthique. Les ressortissants étrangers hospitalisés en 1985 à l'HJD étaient deux fois plus nombreux en proportion (17,4%) que la population toulousaine (8,5%)<sup>249</sup>. Concernant le nombre d'hospitalisés par nationalité, pour l'exercice 1985, l'Europe est très largement majoritaire (87,59%) avec 82,59% de Français, et 3,17% d'Espagnols ; vient ensuite l'Afrique (10,10%) dont le Maghreb représente 6,5% des hospitalisés (Algérie 3,25% et Maroc 2,54%), et l'Afrique Noire 3,60%. Le Proche-Orient (0,61%), l'Extrême-Orient (0,74%), l'Amérique Latine (0,16%) et le reste de l'Amérique (0,03%) complétaient le tableau [0,77% non renseignés]<sup>250</sup>.

Au regard de l'Éthique médicale, l'étranger migrant, en demande d'accueil, est une personne humaine en souffrance, voire en détresse (plus psychologique que physique). Son état l'expose à une plus grande vulnérabilité aux maladies transmissibles. Le soigner ne signifie pas défendre le laxisme dans le contrôle des frontières. En revanche, rester indifférent à son égard constituerait, pour la Médecine et les médecins, un problème éthique majeur<sup>251</sup>. La réflexion éthique, pour tout médecin ou pour tout système de santé en général, devrait se pencher sur la protection des plus faibles.

#### La Chirurgie Digestive en difficulté, l'Hôpital tout entier est inquiet

Octobre 2010 : le départ d'un chirurgien digestif fragilise la Chirurgie ; l'équilibre de toute la structure est de nouveau menacé, ce qui pose des questions de fond, d'orientation. La permanence de soins nécessite la mise en place d'une équipe médicale plus étoffée. Le maintien de la Chirurgie Digestive est un impératif pour l'établissement en général, pour la Chirurgie et aussi pour la Médecine. Le Dr Gaches précise certains retentissements prévisibles :

- sur le recrutement cancérologique, et donc la collaboration avec le Dr Couteau qui s'inquiète sur le fait de pouvoir poursuivre ou non son travail à l'HJDV ;
- sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité qui ne pourra plus se faire, alors que cette activité est en pleine expansion et fait, par ailleurs, appel aux endocrinologues (l'activité du service de Médecine sera donc aussi impactée) ;
- sur le service des Urgences faisant souvent appel aux chirurgiens digestifs pour des avis sur les douleurs abdominales ;
- sur le service de Gynécologie, dont certaines chirurgies font appel à ces mêmes chirurgiens digestifs (curages ganglionnaires, chirurgie ovarienne...).

Le service de Médecine soutient le maintien de la Chirurgie Viscérale à l'Hôpital, car elle est en interconnexion avec tous les services. Le Dr Garipuy résume la situation et rappelle

249 Source : INSEE, population toulousaine, 1982.

250 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 106-107.

251 Didier SICARD, opus cité ; p. 99.

les enjeux : « La nécessité du recrutement d'un troisième chirurgien digestif ne fait aucun doute ; le débat stratégique doit avoir lieu. Mais aurons-nous les moyens de tout faire ? De plus, compte tenu des difficultés budgétaires du moment, cette embauche est totalement inexplicable pour le personnel. Comment expliquer le refus d'un budget déficitaire et le gel de postes non-médicaux, alors que l'ARS accepterait l'embauche d'un nouveau chirurgien ? Ce discours serait incohérent, le personnel serait contre vous. Vous aurez du mal à vous justifier ». Monsieur Gonzalvo pense effectivement que la situation est paradoxale : « L'ambiance devient plus tendue et chacun commence alors à prêcher pour sa paroisse, laissant de côté la solidarité habituelle entre les services. Le climat est délétère ». Le Dr Jonca continue : « Nous sommes dans une gestion de crise. Ce départ de chirurgien risque de conduire à la perte d'une activité et d'une accréditation en Oncologie Chirurgicale digestive. Nous allons sécuriser la période, en recrutant un chirurgien pour une durée transitoire, afin d'apaiser le climat. Cela nous permettra de souffler, en attendant l'arrivée du nouveau praticien ». Monsieur Gonzalvo : « La situation est très délicate. Ne pas faire ce recrutement présente un risque. Certes, la création de ce poste n'a pas été mentionnée dans le budget présenté à l'ARS. Pour autant, l'urgence créée par le départ d'un chirurgien met en péril la Chirurgie Digestive, enjeu stratégique majeur pour nous. Nous ne pouvons pas risquer la rupture dans cette spécialité. Nous devons gérer la transition et penser au futur pour pérenniser la spécialité. Je vais devoir informer le CE de la création de ce poste. Je ne suis pas du tout certain que ce soit compris et accepté car cela signifie que l'on peut faire fi des contraintes budgétaires. Au niveau de l'ARS, même si l'impact financier n'est pas budgété, cela peut être plus simple si cette situation est vraiment transitoire et si ce recrutement est réalisé dans le cadre de la continuité des soins. Ma crainte se situe au niveau de la cohérence interne : le risque majeur étant la surenchère et l'obligation de reculer sur les gels ou les créations de postes récemment mis en œuvre pour maîtriser nos dépenses. Renoncer aux gels de postes ne serait pas sain pour la situation financière de l'établissement ».

#### Perspectives d'avenir...

Octobre 2010, M. Gonzalvo : « 2011 semble le moment propice pour engager une réflexion collective sur notre devenir. Quelle est la place de l'HJDV aujourd'hui, quelle sera sa place demain sur le territoire toulousain ? Le CA a proposé d'intégrer de manière plus affirmée le Comité de défense. Nous porterons le débat auprès des autorités politiques et de l'ARS ».

#### L'hôpital général du centre-ville de Toulouse a étendu sa zone d'influence

Ici nous mettrons en parallèle les données de 1985<sup>252</sup> avec celles de 2013<sup>253</sup>.

---

252 Janine CARRAUX-GARIPUY, opus cité ; p. 91 à 96.

253 Totalité des consultations et hospitalisations 2013 ; avec l'aide de Monsieur LUCIDO, responsable du DIM.

En 1985, 9 patients hospitalisés sur 10 habitaient le département [autant en 2013 avec 91,8% de personnes habitant le 31] et près des 2/3 la ville de Toulouse [idem en 2013 avec 65,2%]. A Toulouse, en 1985, le quartier Saint-Cyprien (Arènes et Purpan compris) était largement en tête avec 28% des patients [c'était toujours le cas en 2013, mais ces quartiers étaient deux fois moins représentés avec seulement 14,9%], vient ensuite le Mirail (comprenant la Reynerie, Bagatelle et les Pradettes) [12,7% en 2013] – ces deux quartiers, situés rive gauche, représentaient à eux deux la moitié des hospitalisés de Joseph-Ducuing résidant à Toulouse [contre moins du tiers en 2013, avec 27,6%] –, puis le centre-ville [11,4% en 2013], Rangueil [8,4% en 2013], la Côte Pavée-Roseraie [7,1% en 2013] et les Minimes [avec 10,7% en 2013, ce quartier est passé devant les deux précédents depuis 1985]. Sur l'agglomération toulousaine, en 1985, les communes les plus représentées étaient situées rive gauche de la Garonne : Blagnac, Portet-sur-Garonne, Colomiers, Cugnaux et Tournefeuille [en 2013, on note une répartition plus homogène et plus élargie sur la couronne toulousaine, car aux villes sus-citées, on peut ajouter : Balma, Pechbonnieu et Montberon, Castanet-Tolosan, Ramonville, Muret, Plaisance-du-Touch, La Salvetat-Saint-Gilles et Saint-Lys].

Les départements limitrophes (Gers, Haute-Pyrénées, Ariège, Aude, Tarn et Tarn-et-Garonne) rassemblaient quant à eux 5% du total des patients, en 1985, comme en 2013 [5,4%]. Sur l'année 2013, s'il est remarquable de noter que, sur les 39 761 patients enregistrés [venus 141 250 fois, en hospitalisation ou en consultation], tous les départements français de métropole ou d'outre-mer étaient représentés, il faut tout de même rappeler que 97,2% des personnes prises en charge à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie habitaient la région Midi-Pyrénées.

Tout cela illustre la bonne implantation de l'Hôpital dans le quartier mais aussi dans ses environs ; ceci justifie pleinement sa vocation, sa mission d'hôpital général et de proximité. Depuis 1985, sa notoriété s'est largement étendue puisque désormais toute l'agglomération toulousaine le fréquente. Cela peut s'expliquer par le développement de la structure, de ses activités et par le succès retentissant de certains secteurs, comme celui de sa Maternité.

#### Quelques mots pour conclure...

Michel Roumy : « Avec la petite taille de sa structure, si Joseph-Ducuing existe toujours aujourd'hui, c'est grâce à la préservation de ses valeurs et de son éthique<sup>254</sup> ».

David Gonzalvo : « Certains disent : l'ARS nous a toujours aidés, nous sommes en déséquilibre budgétaire depuis vingt ans, il n'y a pas de raison que cela ne dure pas. Il y a deux manières

---

254 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

d'appréhender les choses : il faut continuer comme avant, faire des efforts, mais on continuera à nous aider, ou bien au contraire – ce que je pense – être volontariste pour rééquilibrer le budget, trouver les moyens financiers pour nous permettre de nous développer, et éviter de faire du surplace, ce que les autres ne feront pas. Nous manquerions des virages importants et nous serions en difficulté. En terme d'augmentation d'activité, depuis 2010, nous avons tenu nos objectifs : des efforts ont été faits ; ce qui pêche, c'est l'organisation du travail. Cela crée des dysfonctionnements, de l'épuisement professionnel, des surcoûts. La désorganisation conduit à une moindre efficacité de prise en charge au niveau qualitatif et à une inefficacité budgétaire. Améliorer l'organisation interne de l'Hôpital, pour être plus efficaces, sera le grand enjeu de demain. Les valeurs et le niveau d'activité ne sont aucunement remis en cause<sup>255</sup> ».

Nadine Quehan : « L'Hôpital n'a plus rien à voir avec ce qu'il était à mes débuts : changements architecturaux (nouveaux bâtiments, agrandissements, déménagements rendant la communication plus difficile entre les services du fait des cloisonnements physiques), changements des équipes de direction, créations d'activités, modification des organigrammes (département d'information médicale, service informatique), croissance exponentielle du nombre de salariés ; à tout cela il faut ajouter les bouleversements des politiques de Santé qui ont amené de nouvelles contraintes et risquent de mettre en concurrence les différents services (du fait de leurs niveaux d'activités propres et donc de leur "rentabilité")<sup>256</sup> ».

Christophe Paulo : « Une dynamique incroyable nous a fait évoluer. Notre dimension a changé depuis la petite clinique communiste, ancien hôpital des Guérilleros, jusqu'à être, aujourd'hui, reconnu dans le grand Toulouse. Nous avons toujours essayé d'être avant-gardistes, parfois nous avons été précurseurs. Nous sommes sans conteste utiles sur la place toulousaine<sup>257</sup> ».

Laure Jonca : « La vie des institutions hospitalières n'est pas toujours facile à notre époque. Surtout pour la nôtre, située rive gauche de la Garonne, sur un territoire très concurrentiel. L'offre de soins est ici très concentrée. Beaucoup sont très performants : il nous faut encore prouver que nous avons une forte activité et nous justifier en terme de pertinence de prise en charge. Je crois que nous avons su nous adapter. Pour autant, nous ne sommes pas dans un monde serein, il faut continuer à avancer et à progresser. Il faudra anticiper la pénurie à venir sur certaines catégories de soignants (puéricultrices, infirmières de bloc ou d'anesthésie, chirurgiens, anesthésistes, oncologues...). Nous avons, à Joseph-Ducuing, des contraintes architecturales en étant coincés entre deux petites rues. Nous avons besoin de nous donner du

---

255 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

256 Madame Nadine QUEHAN, questionnaires et entretien, décembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

257 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

souffle car notre "masse critique" arrive dans les limites de ce qui est autorisé. Mais je suis heureuse de constater que l'image de l'Hôpital à l'extérieur a changé : à mon arrivée, on ne connaissait que la Maternité et le côté Médecine Sociale ("hôpital des pauvres", des toxicomanes...). Ensuite, on retenait surtout les deux pôles extrêmes de la vie : la Maternité et les Soins Palliatifs. Maintenant, j'entends parler de la Chirurgie Orthopédique et, en Médecine, de tout le pan Maladies orphelines et Médecine Interne. Je suis contente de cette évolution car les derniers retours correspondent davantage à l'Hôpital que je connais<sup>258</sup> ».

Daniel Garipuy : « Nous existons encore aujourd'hui parce que nous avons toujours su faire reconnaître notre place singulière auprès des patients, des correspondants médicaux et sociaux, et des Pouvoirs Publics. Le fondement de notre éthique nous a permis de vivre et d'évoluer<sup>259</sup> ».

Jean Casanova : « Je n'ai pas vu ici un "je-m'en-foutiste" en vingt ans ! Joseph-Ducuing a une politique d'autogestion : la boutique est à nous, on fait tout pour qu'elle fonctionne bien<sup>260</sup> ».

Stéphane Aczel : « A propos de *Varsovie*, nous avons tout entendu : c'est l'hôpital des pauvres, des misérables, des drogués. Finalement, les gens ont fini par savoir que nous faisons des choses respectables. C'était une sorte d'école de Médecine, mais aussi et surtout une école de la Vie. Cette institution a traversé bien des difficultés, mais a toujours triomphé sur le temps, a réussi à s'inscrire dans la durée. Elle est en devenir, sans cesse en mouvement...<sup>261</sup> ».

Alain Radigales : « Je me suis passionné pour cet hôpital, dans les fonctions soignantes, médico-techniques ou administratives. Voici le plus beau compliment que nous ont fait les experts visiteurs, lors d'une visite de certification : votre pratique est limpide, mais ce qui est intéressant, c'est que c'est un laboratoire d'idées. Il y a eu des débats, des confrontations, mais il existe une constante : cette fibre novatrice. Il ne faudrait pas que l'encadrement médico-économique remette en cause la qualité de notre prise en charge de la personne soignée<sup>262</sup> ».

Francis Gaches : « Il nous faut garder cet esprit chaleureux, de maison de proximité. Nous devons assez souvent relancer la machine, mais l'esprit de *Varsovie* n'est pas mort !<sup>263</sup> ».

---

258 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

259 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

260 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

261 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

262 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

263 Docteur Francis GACHES, entretien du 7 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

Marc Uzan : « La stabilité du personnel, l'ambiance générale de bienveillance, le respect, l'attention portée à chacun, donnent aux salariés le sentiment de travailler dans un établissement sur lequel ils ont encore aujourd'hui leur mot à dire. Ce sentiment d'appartenance faisait que nous avions conscience que son avenir dépendait de notre travail. Il faudra préserver cette richesse menacée par une politique hospitalière obnubilée par l'économie, la rentabilité, le productivisme et la comparaison avec le secteur privé à but lucratif...<sup>264</sup> ».

Un Hôpital militant, résistant, humaniste et innovant...

Telle a été, telle est l'Histoire de Joseph-Ducuing-Varsovie...

---

264 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

## **V – Joseph-Ducuing-Varsovie : son éthique, ses valeurs**

Grâce à l'histoire que nous avons pu suivre, nous avons pu toucher du doigt les notions d'éthique, de valeurs propres à cette *Maison*. Pour mettre en lumière le plus important, il a fallu focaliser les différents faisceaux sur une zone plus réduite ; pour cela nous nous sommes aidés d'un questionnaire standardisé, qui fut distribué et recueilli, ou bien utilisé lors de chaque entretien avec des personnels paramédicaux, médicaux, cadres ou administratifs de l'HJDV, actifs ou retraités. Nous allons répondre ici à diverses questions que nous nous sommes posées, notamment en introduction. Rappelons-les succinctement : Quelle est l'éthique de l'Hôpital ? Quel état d'esprit y règne-t-il ? Quelles sont les valeurs qu'il défend ? L'éthique qui animait l'esprit des Fondateurs de *Varsovie* a-t-elle réussi à perdurer, à travers les différentes périodes, malgré les nombreux obstacles rencontrés, qui ont jalonné son évolution ? Si oui, comment ? Comment préserver tout cela et comment envisager l'avenir ?

Si votre endurance commence à vous trahir, vous pouvez lire le résumé, dans la sous-partie F.

### **A – Ambiance générale au sein de l'établissement, relations entre collègues.**

(Cf. Annexe 6. 1, portant le même titre, p. 222).

### **B – Les relations avec les patients.**

(Cf. Annexe 6.2, portant le même titre, p. 227).

### **C – Les valeurs incarnées par cet Hôpital.**

(Cf. Annexe 6.3, portant le même titre, p. 231).

### **D – Singularité de l'HJDV par rapport aux autres établissements.**

(Cf. Annexe 6.4, portant le même titre, p. 237).

### **E – Solutions pour préserver l'éthique et l'esprit des Fondateurs.**

(Cf. Annexe 6.5, portant le même titre, p. 239).

### **F – Résumé sur les valeurs, l'état d'esprit et l'éthique de Joseph-Ducuing-Varsovie.**

A la lumière de nombreux témoignages, que pouvons nous retenir des valeurs, de l'éthique qui habitent les couloirs, les chambres, les salles de consultation de l'HJDV ?

Sur l'ambiance générale (et les relations entre collègues), nous pouvons retenir que pour

certain, elle serait la même qu'avant ; pour d'autres en revanche, elle aurait radicalement changé (moins conviviale, davantage de cloisonnements entre les services), et pour d'autres encore, elle se serait légèrement modifiée, l'esprit ayant été maintenu (« miraculeusement » selon certains témoignages). Cette ambiance est qualifiée de bonne, très bonne, voire d'excellente ; elle est chaleureuse, conviviale, familiale (la *Maison*), bienveillante, amicale, de camaraderie, de respect, de saine émulation, de curiosité, d'échange, de discussion... Les relations sont des relations de confiance, de confraternité, de complicité, d'esprit de responsabilité, avec des équipes soudées, engagées. Le militantisme est parfois évoqué et il semblerait que l'établissement soit imprégné d'une certaine culture générale (indispensable à une certaine forme de tolérance permettant de prendre en charge et de comprendre les patients les plus faibles, les plus démunis, les migrants...). Pour autant, tout n'y est pas rose : on relève des frictions, frottements, tensions, désaccords, querelles, "engueulades", conflits, voire "coups de gueule". Le climat social apparaît quelque peu dégradé : apparition d'une certaine amertume dans les équipes, voire d'épuisement pour certains. La croissance de la structure aurait érodé l'aspect "famille" resserrée, où tout le monde se connaissait. Cependant, il semble persister un sentiment d'appartenance à une communauté assez marqué (l'HJD est leur hôpital). Les liens entre les personnels semblent encore solides (esprit d'équipe, solidarité).

Concernant les relations avec les patients, que peut-on retenir ?

Après les qualificatifs récurrents de bonnes, très bonnes, excellentes, voire extraordinaires, les témoins rapportent des relations attentives, empathiques, bienveillantes, respectueuses, tolérantes, individualisées, enrichissantes, intimes (relations humaines de proximité), chaleureuses, de confiance, avec une implication affective réciproque pour certains, des témoignages d'amitié pour d'autres. Le plus souvent, les patients éprouvent de la reconnaissance envers leurs soignants, expriment une gratitude appuyée et sont pour certains animés d'une réelle gentillesse.

Mais qu'en disent les patients eux-mêmes ? Dans les années 1985, Janine Carraux-Garipuy, pour son travail de thèse de doctorat en Médecine, avait distribué un questionnaire qualitatif dans les trois services d'hospitalisation (Médecine, Chirurgie, Maternité) pour recueillir des données concernant les patients qui fréquentaient l'HJD. J'ai repris son questionnaire, en retenant les critères que je voulais comparer et en les distribuant en 2014, à mon tour, dans ces trois mêmes services. La comparaison sera difficile : elle avait distribué deux fois plus de questionnaires et récupéré 200 réponses, contre 34 de mon côté... Cependant, sur les réponses obtenues, nous pouvons retenir que les patients semblent autant attachés à cet établissement en 1987 qu'en 2014 [près de 8 patients sur 10 en 1987 étaient déjà venus à l'HJDV contre 76% en 2014 (dont 1 sur 2 pour une hospitalisation en 1987 et 2014) ] ; aux

yeux de la majorité des patients, Joseph-Ducuing-Varsovie est différent des autres hôpitaux (75% avaient cette vision de l'établissement en 1987, contre 68% en 2014 – résultat de 2014 à pondérer par la faible puissance, 20% de gens ne se prononçant pas). En 1987, 7 patients sur 10 mettaient en exergue la qualité des relations humaines (plus de 8 sur 10 en 2014) : « l'Hôpital est plus convivial, plus familial, à taille humaine, les médecins sont plus proches du malade », « bien reçus, bien traités, enchantés », « ici on nous écoute », « bonne réputation de la Maternité, avec une politique d'accouchement physiologique et un bon accueil des nourrissons », « on se sent plus à l'aise » « c'est propre », « on n'est pas un numéro et le personnel est rassurant et compétent », « la Médecine y est plus humaine », « ici ce n'est pas l'usine », « personnel à l'écoute, agréable, efficace, disponible et accueillant », « soignants aimables, bienveillants, respectueux, impliqués, empreints de valeurs », « alliance de professionnalisme et d'humanisme », « relation de confiance, attention portée aux patients », « sages-femmes hors du commun », « Par ses petites dimensions, l'HJDV semble apporter au malade plus de sécurité, de réconfort et de compréhension de la part de son personnel. Le malade reste un être humain », « pour moi c'est le meilleur endroit où accoucher sur Toulouse », « offrir des services très diversifiés dans un cadre à échelle humaine, où le rapport personnel au malade garde la place centrale », « dans le cadre des accouchements, tout se déroule vraiment en douceur, dans le respect de la maman et du bébé, sans sur-médicalisation », « les pères sont bien accueillis et le nourrisson ne quitte jamais ses parents, l'intimité est préservée », « sa situation en centre-ville le rend facile d'accès ». Ces principaux défauts reviennent : le manque de places de stationnement dans les deux enquêtes, la qualité de la nourriture, largement perfectible en 2014 et, cette même année, le sentiment qu'il manque du personnel ; apparemment, le bruit, qui posait problème en 1987, n'en pose plus en 2014.

A la question « Quelles sont les raisons qui vous ont incité(e) à venir à l'HJDV la première fois ? », la plupart des patients répondent que c'est sur conseil du médecin traitant ou bien d'un parent, ami ou voisin ; la réputation de l'Hôpital, la sympathie qu'il procure ou son passé historique sont ensuite cités ; la proximité du lieu d'habitation complète les raisons évoquées.

L'HJDV a une proportion moindre de patients se définissant comme des amis de l'institution car à la question vous sentez-vous un patient de passage, habituel ou ami de l'HJDV, 1 sur 2 se considérait comme un ami de l'Hôpital en 1987 contre... à peine plus de 1 sur 10 en 2014 [52% se disant "de passage" et 41% "patient habituel" ; passée la surprise, il faut pondérer ce résultat par le fait que la puissance était faible ; pour le reste, ce résultat peut s'expliquer par le fait que, depuis trente ans, la plupart des patients espagnols qui étaient suivis à l'Hôpital ont malheureusement disparu (certains avaient contribué à sa construction). Autres raisons qui expliquent ce résultat : l'évolution de la société (plus mobile, peut-être plus

individualiste aussi), de la Médecine (plus technique ; le scanner est utilisé comme une prestation de service par certains usagers), le développement considérable de la structure et l'élargissement du "recrutement".

Quid des valeurs ? Il s'agit d'un savant mélange des valeurs humanistes de la FEHAP, de celles du Service Public, de celles contenues dans le serment d'Hippocrate et bien sûr de celles des Fondateurs espagnols. Ainsi, on peut retenir pêle-mêle le respect du savoir mutuel de chacun et la transmission du savoir, l'implication, la rigueur au travail, une réelle exigence intellectuelle et une liberté intellectuelle dans les décisions médicales (le salariat des médecins leur confère une indépendance financière), l'humanisme (liberté, égalité, désintéressement...), la solidarité, la coopération, la cohésion, les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, l'autonomie de la personne, la compassion... Les valeurs d'intégration (sociale et des étrangers migrants) sont, semble-t-il, très importantes. La créativité, la volonté de bien faire avec peu de moyens, l'innovation, la Culture dans son ensemble, sont également évoquées. Enfin, on retiendra les notions de justice, d'égalité d'accès aux soins (défense du secteur 1, rejet du dépassement d'honoraires), de respect de la personne (prise en charge globale), de respect de sa dignité, de tolérance, d'attention portée à autrui – plus forte encore s'il s'agit de populations délaissées ou souffrant de pathologies peu couvertes (Médecine dite Sociale) –, de tradition de lutte et d'adaptation à l'environnement.

A propos des différences qui semblent exister avec d'autres établissements, voyons, en négatif, ce qu'il n'est pas pour obtenir, en positif, une sorte de photographie de ce qu'il est. Il existe a priori à l'HJDV un sentiment d'appartenance très marqué, avec une implication et un engagement de chacun à son poste (chacun étant conscient que de son travail dépend en partie l'avenir de son Hôpital), une adhésion à des valeurs communes (cela ne semble pas le cas partout). Auparavant, les soignants paraissaient choisir ce lieu de travail : ils ne s'y trouvaient pas par hasard (cela semble un peu moins vrai en 2014, selon de nombreux témoignages). Il est rapporté que l'HJDV souffre moins de lourdeurs administratives, d'une certaine inertie, que l'Hôpital Public. Contrairement à ce qu'ont vécu certains dans différents CHU, il n'existe pas, à *Varsovie*, de rapports hiérarchiques entre les médecins, pas plus qu'il n'existe de luttes de postes, ni d'enjeux de pouvoir. Par ailleurs, cet établissement supporterait également moins de pressions financières, moins de stress et d'exigences de rentabilité que les structures hospitalières privées à but lucratif (c'était le cas jusque dans les années quatre-vingt-dix mais depuis les années deux mille et deux mille dix, ça l'est apparemment de moins en moins) et, contrairement à certaines de ces structures, l'HJDV ne chercherait pas à sélectionner ses patients (face à la pression de sélection qui s'exerce autour de lui, consécutive notamment à la T2A

comme nous l'avons vu, tel un Staphylocoque doré, il aurait développé des capacités de résistance face à une forme aseptisée et simpliste de prise en charge). Pour rester dans les mêmes eaux, la défense de l'égalité d'accès aux soins et le militantisme d'une grande partie du personnel (pour soutenir la cause des plus fragiles et des plus précaires, sorte de discrimination positive), semblent également davantage marqués qu'ailleurs. A la manière d'une petite embarcation dont la barre répondrait avec un faible temps de latence, contrairement à de plus gros vaisseaux, l'Hôpital de la rue de Varsovie aurait développé une capacité d'adaptation rapide devant l'émergence de nouvelles pathologies comme nous l'avons vu dans la partie chronologique. La flexibilité et la réactivité sont l'une des particularités des structures de petite taille (« taille humaine »). Cela facilite également la qualité de l'accueil, la prise en compte des patients dans leur globalité (s'occuper des comorbidités est l'une des forces de l'HJDV).

Voici, en résumé, ce qui a toujours été respecté, peu ou prou, à l'Hôpital Varsovie. Aujourd'hui, si tout cela se maintient, c'est grâce notamment à un formidable numéro d'équilibriste réalisé par tout son personnel. Voici autant de pistes, tirées des entretiens avec les salariés et de l'histoire de l'établissement, qui pourraient permettre, si elles étaient respectées à l'avenir, de préserver les acquis de cette institution ô combien singulière dans le paysage hospitalier toulousain. Pour sauvegarder le fameux "esprit varsovien", il faudrait, semble-t-il :

- maintenir le plus possible un statut de salarié pour tout le monde. Ce salariat, notamment pour les médecins, évite tout rapport direct avec l'argent : les décisions médicales sont libres et passent avant toute autre considération ;
- rester en secteur 1, maintenir l'accès à toutes les populations, atténuer les inégalités sociales (pour être à égalité devant la maladie), continuer à prendre en charge des pathologies délaissées, émergentes, résister à la marchandisation de la médecine ;
- conserver un accueil chaleureux avec une attitude profondément humaine (de la naissance à l'accompagnement des fins de vie), permet de prendre en considération la personne malade et de ne pas la réduire à une maladie à soigner ;
- garder en perspective le seul intérêt des patients (au centre des préoccupations) et pour cela continuer à se poser des questions éthiques ;
- poursuivre la prise en charge des comorbidités (une spécificité de cette institution) ;
- garder le rôle d'intégration sociale pour les personnes marginalisées ou les migrants. Pour certains patients, Joseph-Ducuing reste l'un des derniers liens avec le système de soins et la société. L'Hôpital n'a pas oublié d'où il venait (population déracinée vivant de façon précaire au début) et arrive à assumer ses missions d'hôpital général, de proximité (sa situation au centre-ville le maintient au contact des populations les plus

démunies) ;

- essayer de comprendre, d'anticiper le sens de l'Histoire (évolution de la Médecine, de la société), de continuer à innover ; même si les marges de manœuvre sont restreintes, il faudrait conserver un esprit résistant, de lutte, en sachant braver un interdit si la cause est juste, légitime pour le patient. L'HJD a su désobéir au cours de son histoire ;
- maintenir le statut associatif pour que l'établissement reste sous la vigilance du Conseil d'Administration. La direction doit maintenir les orientations de l'institution, être exigeante sur l'éthique, ne pas déroger aux valeurs et sanctionner si elles sont bafouées ;
- croire à la valeur des hommes, être rigoureux sur les recrutements des personnels soignants et administratifs (point essentiel au maintien de l'éthique) ;
- garder la cohésion, la solidarité du groupe, conserver ce précieux sentiment d'appartenance, l'esprit d'engagement (action associative, militantisme), préserver les liens tissés avec le mouvement mutualiste, tout cela paraît très important également ;
- poursuivre la mise en place de réseaux : la solidité de ses ancrages fait qu'une structure est pérenne et qu'elle peut continuer à évoluer (s'isoler serait dangereux) ;
- avant tout, il faut pérenniser l'Hôpital, le sauvegarder, tout en ayant obligation d'accepter de s'adapter à l'environnement, dans un monde en mutation. On peut manifester sa colère avec vigueur, être en désaccord avec les règles du jeu, mais en attendant mieux, il n'y a pas d'autre choix que de s'y plier. Dans le cas contraire, l'HJDV arrêterait d'évoluer et finirait par sombrer... Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre la rationalisation imposée et l'originalité de cet hôpital ;
- chaque salarié devrait garder les yeux ouverts, continuer à s'impliquer dans son hôpital, se poser des questions, réfléchir sur l'institution et sur sa pratique : « Où est-ce que je travaille ? Pourquoi et comment j'y travaille ? Comment cela va-t-il évoluer ? Quelle médecine avons-nous envie de pratiquer, demain, pour nos patients ? »
- convaincre les Pouvoirs Publics du bien-fondé de l'existence et du financement de cet Hôpital, de son importance dans le paysage hospitalier toulousain ;
- rester opérationnel, viser l'excellence tout en préservant la polyvalence, la prise en charge multidisciplinaire et globale du patient (dans un esprit de Médecine Générale). Exercer une Médecine Sociale ne doit pas signifier exercer une "médecine de pauvres" : l'HJDV a toujours voulu conserver une équipe médico-chirurgicale de haut niveau et n'a eu de cesse de faire évoluer son plateau technique ; tout cela pour coller aux progrès de la Médecine et offrir des soins de qualité à tous ;
- ce point ne s'oppose pas à celui du dessus : l'HJDV ne devrait pas hésiter à parier sur quelques secteurs moteurs, de pointe, pour conserver une dynamique novatrice ;

- garder un lien avec la culture médicale, scientifique, artistique, historique, politique, bref avec la culture générale ; cela semble anodin mais nécessaire pour comprendre les personnes marginalisées, parfois difficiles à soigner. C'est là qu'il est primordial que le médecin ait une culture générale, une éthique personnelle. Cela permet de comprendre ; alors, la tolérance devient possible. Ne pas juger, ne pas rejeter, c'est se comporter véritablement en médecin. Pour exercer une discipline hautement humaniste, il faut être un humaniste soi-même, d'où l'importance pour les soignants d'avoir de la culture, des références morales, éthiques, politiques, historiques, géopolitiques, etc. ;
- il faudrait conserver ce passage de témoin culturel et éthique qui s'exerce au quotidien entre les anciennes et nouvelles générations, sans hésiter à parier sur la jeunesse ;
- enfin, une dernière proposition évoquée pour préserver les valeurs et l'éthique serait de diffuser très largement l'histoire et les valeurs véhiculées par l'HJDV, dans tout le personnel de l'établissement, auprès des personnes hospitalisées ou venant en consultation, mais aussi faire connaître cette institution dans la population toulousaine et même au-delà. Il faudrait essayer de faire rayonner cet "esprit varsovien", de porter la voix de Joseph-Ducuing le plus loin possible, et pourquoi pas jusque dans des projets internationaux, comme c'est déjà le cas.

« En somme, continuez à être ce que vous êtes, fiers de votre passé et vigilants, mais néanmoins sereins, quant à votre avenir » [Simon Latapie].

## **VI – Réflexions et synthèses en vue de la conclusion**

A propos d'humanisme en Médecine : le Professeur Guy Lazorthes a été partie prenante de la réintroduction de la Culture et de l'Histoire dans les études médicales, en première année notamment, avec les fameuses Sciences Humaines et Sociales à Toulouse ; cela a essaimé partout en France. Auparavant, les médecins étaient beaucoup plus lettrés, mais on peut se demander si le Professeur Lazorthes, élève du Professeur Joseph Ducuing, n'a pas été marqué par l'humanisme et le goût pour l'enseignement de son Maître. Ceci lui aurait donné suffisamment de recul, en tant que Doyen de la Faculté de Rangueil, pour réaliser que l'enseignement de la Médecine devenait de plus en plus technique et de moins en moins attaché aux valeurs humanistes et éthiques, valeurs pourtant nécessaires pour tout soignant.

A propos de notre système de santé, il doit garder en perspective ce qui fait sa force et ce qui fait rayonner les valeurs de la République française aux yeux du monde entier : un égal accès aux soins pour tous, dans un souci de justice sociale. Certes, tout cela doit se faire au meilleur coût, en se préoccupant du contribuable et du contexte de crise économique. Mais de l'autre côté, la réalité, c'est que chaque contribuable voit ses dépenses de santé croître sans cesse, de manière directe ou indirecte. Une privatisation lente mais certaine est en marche : la part grandissante de prise en charge des soins hospitaliers et ambulatoires par les complémentaires de santé ne fait que confirmer ce phénomène. Nous avons vu plus haut comment l'augmentation du prix de journée des établissements hospitaliers, en vue d'équilibrer leur budget, se répercutait sur les patients. D'accord pour bien gérer les deniers publics payés par les citoyens ; mais tailler dans les dépenses hospitalières, au détriment des patients (qui voient le prix de leur mutuelle s'envoler), est non seulement malhonnête intellectuellement, mais encore revient finalement au même : l'individu paye. Les patients font les frais d'une sorte de rigueur budgétaire qui ne dirait pas son nom. D'un système généreux et solidaire, nous glissons vers un système libéral, individualiste (assurances privées). Ceci remet en question l'égal accès aux soins pour tous, et c'est suffisamment grave pour le souligner. Vers quelle direction voulons-nous aller ? Nous citoyens, devons-nous accepter avec fatalisme une érosion lente de notre système de protection sociale et plus généralement de notre système public ? Jusqu'à présent, le système hospitalier public de l'Hexagone tient, bon gré mal gré, grâce aux valeurs et à la détermination de ses soignants. [J'ai eu la chance, en tant qu'externe ou interne, de rencontrer des équipes compétentes, dévouées et dynamiques un peu partout. Ces personnes participent de toutes leurs forces au maintien des valeurs du Service Public, mises à mal par les restrictions budgétaires. Je tire un grand coup de chapeau à toutes celles et à tous ceux qui

tiennent à bout de bras notre Hôpital, sans compter leurs heures, qui le font par conviction plus que pour la gloire, avec une certaine idée de la Médecine, à une seule vitesse, accessible à tous. "Liberté, Égalité, Fraternité" nous dit la République... Tous ces gens-là y contribuent et font honneur à cette discipline humaniste, qui cherche à écouter, à comprendre, à soigner, à soulager une personne humaine...]. Les contraintes économiques, si elles peuvent sembler nécessaires d'un point de vue comptable, pour maîtriser les dépenses, font des dégâts considérables sur le terrain. Pourra-t-on tenir longtemps à ce rythme-là (fermetures de services, d'hôpitaux, restructurations, économies de moyens et de personnels, pression accrue sur tous les acteurs de la santé pour faire mieux avec moins, etc.) ? Plus qu'être soignant, être efficient devient une priorité absolue. Un phénomène inquiétant pour l'avenir : les effectifs de personnel hospitalier n'augmentent pas nécessairement à la même vitesse que la charge de travail. Cette dernière s'accroît toujours plus et ne cessera de le faire devant les progrès de la Science médicale et le vieillissement de la population. Le "nombre d'agents par lit" est parfois insuffisant. La durée moyenne de séjour tend sans arrêt à diminuer, ce qui augmente la rotation des malades, donc la charge de travail et son intensité. Tout cela se fait-il au nom de l'intérêt du patient et de la qualité des soins ? Combien d'années la crise économique va-t-elle encore durer ? Jusqu'où et jusqu'à quand devra-t-on accepter de faire des économies ? Pour qui fait-on ces économies ? Pour rembourser une dette (déjà payée avec les intérêts) ? Pour des intérêts financiers qui cherchent au maximum à contourner les solidarités nationales en échappant à tout impôt ? L'austérité ne doit pas résumer la pensée politique. Les dirigeants, dans les démocraties, devraient avoir une perspective, un cap unique : l'intérêt de chacun, notamment des plus petits. Au final, pour revenir à la santé en France, avec le financement hospitalier par la T2A, on est en droit de s'interroger sur la réelle possibilité de retour à l'équilibre budgétaire (inatteignable, me semble-t-il, puisque ce système est, comme nous l'avons vu, une véritable course à l'échalote). Dans ces conditions, notre modèle de soins est-il pérenne ? Est-il en danger ? Demain, pourra-t-on continuer à assurer un accès égalitaire aux soins, en fonction des ressources et de l'endroit où l'on vit sur le territoire français ? Sur ce qu'il m'a été rapporté, il ressort assez souvent que le personnel soignant, dans l'ensemble (infirmiers et aide-soignants en particulier), passe de moins en moins de temps avec les patients (le travail administratif prenant de plus en plus de place). [Au passage, ne pourrait-on pas embaucher du personnel affecté à cette tâche administrative ? Cela créerait de l'emploi et laisserait les soignants soigner. Même en termes économiques, je pense que ce serait plus efficient et pas forcément moins "rentable"]. De surcroît, ces contacts humains, le soutien psychologique apporté, l'éducation thérapeutique dispensée ne sont pas reconnus dans le système actuel puisqu'ils n'entrent pas dans les grilles de cotation des actes (aucun financement à la clé). Cela laisserait entendre que ce travail n'est que temps perdu ou quantité négligeable. Cette négation de la relation humaine

– primordiale puisque, d'un côté, les patients ont besoin d'écoute, de réconfort et, de l'autre, les soignants ont besoin de ces échanges pour être dans le plein exercice de leur métier – remettrait totalement en cause le sens de l'engagement et du travail du personnel soignant et volerait aux malades leur statut de personne. A cause de cela et devant la dégradation des conditions de travail, une partie du personnel de l'HJDV exprime de la frustration et parfois une réelle souffrance morale. Comme dans beaucoup de secteurs d'activité, le stress se fait aussi ressentir dans le milieu de la santé. Cette pression provient tout à la fois de certains patients devenus – par l'évolution de la société et du système de soins – de véritables consommateurs, exigeants, capricieux, volontiers procéduriers, et des personnels encadrants et dirigeants, eux-mêmes contraints par les autorités sanitaires en charge d'appliquer les politiques de Santé. En effet, dans leur arsenal, les tutelles ont une autre arme que celle de l'équilibre budgétaire : la certification. Comme nous l'avons vu, sans ces certifications, délivrées par ces mêmes autorités de santé, les services hospitaliers sont obligés de se remettre en question, de se restructurer, voire de fermer si l'autorisation d'activité est retirée. Ces contrôles visent tout autant à surveiller la qualité des soins (c'est une bonne chose mais cette surveillance se fait souvent sur des objectifs comptables, quantitatifs plus que qualitatifs) qu'à maîtriser les dépenses et à contraindre les évolutions en fonction des besoins de Santé publique. Les patients sont certainement mieux pris en charge qu'avant, en terme technique, mais sont-ils mieux soignés ? Devons-nous nous laisser dicter nos pratiques, notre organisation de travail, nos contrôles qualité par des instances technocratiques qui appliquent à un domaine lié à l'humain des concepts industriels (efficacité, rentabilité, productivité, etc.) ? Que deviendrait une Médecine exclusivement tournée vers le technique, qui aurait oublié le sens de la vie, de la santé, de la souffrance, le rôle symbolique de la guérison dans l'ordre humain ? A mon humble avis, nous sommes à un tournant de l'Histoire. La Médecine a plus de deux mille ans ; pendant longtemps, elle a balbutié mais nous a légué un immense héritage philosophique, psychologique, éthique, morale, culturel... Par la suite – à partir de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle – elle a fait des progrès considérables jusqu'à prétendre être une véritable Science. Or, appliquée à un être singulier, elle devient aussi incertaine que l'Économie ou la Météorologie. Si, à cette Science incertaine, nous devons appliquer des objectifs quantitatifs, nous perdrons en efficacité, nous déshumaniserons notre discipline et, surtout, nous la discréditerons aux yeux de ceux que nous soignons. L'héritage des Hippocrate, Galien, Avicenne, Averroès, des Fondateurs de l'Hôpital Varsovie, ne serait plus que méprisé et à jeter aux orties. La Médecine régresserait, non pas techniquement, mais humainement, pour finir peut-être par tomber en ruines... Il n'y aurait plus de soignants, simplement des mécaniciens, des techniciens, des ordinateurs. Notre réflexion, notre éthique, notre humanité seraient reniées. Allons-nous demain regarder les patients comme des objets, des morceaux d'objets, à traiter au moindre coût, en un minimum de temps ? Nous

devrions prendre garde : si l'humanité abandonne un jour la Médecine, il n'y a pas de raisons qu'elle n'abandonne d'autres domaines et, alors, nos sociétés tout entières perdraient leur humanité.

La société française actuelle tend à devenir individualiste, mais il reste des valeurs (garde-fous plus ou moins mis à mal) : républicaines, institutionnelles, démocratiques, celles portées par la Sécurité Sociale, par les organisations syndicales et politiques (pour les partis républicains et démocratiques), par les Fondations ou les Associations. Ici, il est question de notre système de santé, nous avons tous notre mot à dire ! Il y aurait urgence à ce que chaque citoyen, chaque soignant donne son avis avant que la Médecine et l'Hôpital ne perdent leur âme, leur éthique, leurs relations privilégiées avec les patients qui se confient à eux. Si nous ne faisons rien, nous assisterons, impuissants, au naufrage d'un système hérité du Conseil National de la Résistance, qui avait été imaginé ainsi : généreux et solidaire... Alors, pour sauvegarder ce qui peut encore l'être, n'y aurait-il pas d'autres systèmes de financement et de contrôle qualité possibles qui colleraient davantage aux réalités médicales ? Quels sont les indicateurs de santé d'une population, comment innover en Santé publique ? L'avis de certains (je le partage) : un système de santé idéal partirait de la réalité des besoins d'une population pour fixer des objectifs de Santé publique, mettrait les compétences et les moyens à même de les tenir et définirait, enfin, des critères qualitatifs pour évaluer la qualité des soins, en vue de les améliorer.

Concernant les salariés de cette institution hospitalière : ils ont une capacité à assurer pleinement la mission de Service Public qui est la leur (recevoir et traiter, dans des conditions optimales, tout public, ce qui suppose une attention particulière aux plus exposés, aux personnes en grande précarité sociale, aux migrants issus d'autres cultures). Dans cet Hôpital, avoir une attitude profondément humaine est une règle partagée : c'est la fameuse prise en charge globale des patients. En effet, le projet initial de *Varsovie* disait : « Aucun malade n'a l'impression d'être dans un hôpital où ce qui l'entoure lui serait étranger ; bien au contraire, il a le sentiment d'être soigné chez lui et en famille ». Ainsi, le patient n'est pas réduit à un organe déficient ou à une maladie. Il reste une personne. Il s'agit d'instaurer, avec lui, une relation humaine basée davantage sur la confiance et le respect que sur l'autorité ou sur un déséquilibre entre le "sachant" et "l'ignorant". Le patient doit pouvoir s'approprier, comprendre sa maladie ; pour cela, il faut des soignants disponibles, à l'écoute, délivrant des explications simples et claires. Il s'agit de rendre à la personne malade un rôle actif dans sa guérison, le soignant étant acteur également, mais aux côtés du malade, dans un rôle d'accompagnateur. Les personnes malades se rendent compte du soin qui leur est apporté à l'HJDV ; elles y sont sensibles. Un fait notable : la patientèle est davantage attachée à l'institution elle-même qu'au personnel,

notamment médical. Bien sûr, il y a des exceptions, mais cela reste assez rare.

Nous avons constaté la volonté des personnels attachés à cette institution de ne pas faire que du social, de rester pluridisciplinaire pour ne pas devenir un hôpital "pour pauvres". Si l'engagement auprès des plus faibles a toujours été très marqué à *Varsovie*, pour autant, beaucoup sont exaspérés par cette caricature et cette vision exclusivement sociale de l'HJDV que se font de nombreuses autres structures toulousaines. Je partage l'idée selon laquelle le terme de Médecine Sociale n'est pas un terme juste : respecter toutes les valeurs dont nous avons parlé, c'est pratiquer la Médecine. S'en écarter, c'est faire du commerce. Au lieu de distinguer Médecine Sociale et Médecine, il faudrait appeler la première Médecine et la seconde Médecine commerciale. Il n'y a rien de honteux à faire du commerce en général ou à vouloir bien gagner sa vie (bien que la réussite sociale et financière soit culturellement mal vues en France), mais, en Médecine, le commerce semble difficilement compatible avec l'Éthique. Il faut prendre garde à ne pas perdre ses valeurs, en vendant son âme.

Depuis les années 1970, avec la crise économique et sociale, les enjeux économiques, financiers et industriels de la Santé sont transformés, bousculés. Le poids des dépenses hospitalières et ambulatoires, dans le budget de la branche Santé, est devenu difficilement soutenable pour la Sécurité Sociale. L'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, comme d'autres structures hospitalières, s'est vu confronté à de nouvelles contraintes budgétaires qui ont été comprises et intégrées par les soignants. Ces derniers ont malgré tout senti un grand changement dans leurs pratiques quotidiennes, avec une modification radicale de l'organisation du temps de travail et de la manière d'exercer leur métier. Cela a eu pour effet de mettre à mal leur vocation, leurs capacités d'écoute et d'empathie. Les patients ressentent cela, expriment le fait que les soignants ont moins de temps à leur consacrer même si les qualités d'accueil et des relations humaines se maintiennent "miraculeusement". Comme nous l'avons vu plus haut, les questions de Santé publique (organisation, gestion, financement), ont peu à peu modifié les terminologies employées au sein des Commissions médicales et les préoccupations des soignants et des administratifs. Auparavant, ils se souciaient essentiellement de problèmes afférant directement aux patients ou à la manière d'exercer la Médecine. Aujourd'hui, il est quasi exclusivement question de : « taux d'occupation des lits, efficience, équilibres, contraintes ou restrictions budgétaires, forfait hospitalier, dotation globale, tarification à l'activité, coûts, optimisation des coûts, diminution des dépenses (ou frein de leur progression), déficit, endettement, taux directeur de reconduction des budgets, restructuration, atteindre une masse critique, objectifs comptables, moyenne nationale ou régionale, productivité, rentabilité, volume d'activité, recherches de financements, coopérations, collaborations, offre de soins, entrées et "recrutement" de patients, cotations... ». Sous autant de mots, le patient pourrait se retrouver noyé sous la masse. Il semble difficile, dans de telles conditions, de garder toujours

en perspective l'éthique fondatrice de *Varsovie*... Voici la crainte principale que l'on peut retenir parmi les témoignages recueillis auprès de ceux qui sont viscéralement attachés à cette institution : un système qui deviendrait très (trop?) efficient, sur le rapport prestations techniques / coût, risquerait de déshumaniser la Médecine. Cependant, les réflexions et les débats d'orientation menés, notamment lors des réunions des CME ou lors de la rédaction des projets d'établissement, contribuent à garder en tête la ligne directrice principale de l'Hôpital. Ce qui fait la particularité de l'HJDV, c'est la vigilance des Amis de la Médecine Sociale, l'Association qui lui a permis et lui permet encore de prendre du recul. En cas de force majeure un Comité de défense est réactivé (usagers, salariés, journalistes, syndicalistes et politiques...).

Aujourd'hui, je comprends le désarroi de l'ensemble du personnel de l'HJDV (direction comprise). D'un côté, il est dit : « Notre hôpital est comme un coureur du Tour de France, s'il arrête d'avancer, non seulement il se fera doubler, mais en plus il finira par tomber » [ce n'est pas faux] ! D'un autre côté, il faut imaginer qu'on laisse entrevoir le sommet aux coureurs pour leur donner du courage, alors même que personne ne voit ce sommet, ni les organisateurs de la course, ni les directeurs sportifs. De plus, les chances de gagner sont inégales : par rapport à l'équipe HJDV, certaines ont plus de moyens, d'autres transportent moins de valeurs sur leur porte-bagage et de rares équipes ont même recours à des subterfuges, dont elles ne se vantent pas, pour avancer plus vite. On peut ajouter à cela le fait que les règles sont devenues incompréhensibles : certains ont parfois la sensation de pédaler à côté de leur machine. Dans ces cas, il serait tentant de vouloir balancer son vélo dans le fossé, d'en prendre un plus léger, de monter dans une voiture ou encore de redescendre la pente... Pourtant, ce n'est pas l'option retenue par ceux qui courent sous les couleurs de l'HJDV, réalisant même la prouesse, grâce à leur esprit d'équipe, d'être souvent en tête de peloton et même parfois échappés... La compétence d'une institution n'est pas la somme des compétences individuelles ; ce sont les rouages qui les unissent (la cohésion d'ensemble) qui sont importants.

Depuis sa création en 1944, dans un contexte militant et résistant, cette *Maison* n'a cessé de se transformer en profondeur et de se développer au fil du temps. La grande histoire espagnole semble avoir été marquée par la nécessité de se débrouiller avec peu de moyens, à inventer sans arrêt grâce à un foisonnement d'idées. Cet héritage a été transmis : innover, créer pour répondre rapidement à un besoin de santé est une spécificité de cet Hôpital – c'est même ce qui lui a permis d'éviter de se faire balayer à plusieurs reprises. Puis, l'évolution des connaissances, des techniques médicales et l'apparition de nouveaux problèmes de Santé publique l'ont poussé à élargir ses champs de compétence. L'Hôpital a souvent été sur la brèche en terme d'avancées médicales et sociales, soulevant parfois des questions de société. Il s'est quelquefois mis dans des situations délicates, sur le plan légal ou déontologique (certaines

mises à jour du Code de déontologie sont parfois nécessaires), pour défendre des causes qui lui semblaient légitimes. Des réflexions, notamment d'ordre éthique, ont ainsi amené l'HJDV à transgresser courageusement et ouvertement des interdits, mais jamais de façon clandestine. Il a estimé que non seulement il fallait dépasser des bornes, mais a été encore plus loin parfois en disant que cela relevait d'un devoir lorsque la cause était juste (usage des produits de substitution pour les toxicomanes, création des Soins Palliatifs, prise en charge efficace de la douleur grâce à l'utilisation de morphiniques, IVG...). Différents secteurs ont joué le rôle de locomotives (avec des techniques innovantes ou de pointe) : la Chirurgie du temps des Républicains espagnols et des équipes du Professeur Joseph Ducuing, puis la Maternité (accouchements "sans douleur", démedicalisation des grossesses), la Médecine avec la prise en charge des patients atteints du VIH, ceux souffrant de Toxicomanie, le traitement des douleurs aiguës et chroniques, les Maladies orphelines, la prise en charge des patients anorexiques, les Soins Palliatifs avec l'accompagnement des personnes en fin de vie, les Urgences, de nouveau la Chirurgie avec les infections ostéo-articulaires et les reprises de prothèses septiques... Cet établissement est passé de l'état de dispensaire, arbuste chétif travaillant avec les moyens du bord, à celui d'un hôpital général, robuste chêne solidement établi sur ses racines, jouant sur la complémentarité avec les autres structures de soins (CHU d'un côté, cliniques privées à but lucratif de l'autre) ; ceci lui a permis de continuer à voir la lumière et d'éviter l'asphyxie, au milieu d'une forêt hospitalière toulousaine très dense.

Des menaces de fermeture ont jalonné l'histoire de *Varsovie* : dès le départ il y a eu des personnes pour s'opposer à cette institution. D'abord indirectement avec les mouvements géopolitiques internationaux (Guerre froide), puis avec le Conseil de l'Ordre des médecins qui ne reconnaissait pas les diplômes des médecins espagnols qui ont dû avoir une dérogation pour soigner exclusivement leurs compatriotes réfugiés ; dans les années 1960-1970, des médecins montraient ouvertement leur hostilité à "l'Hôpital rouge", abritant des médecins communistes ou militants apparentés... cela pouvait ressembler à une forme de petite cabale, pour raison politique, et a rendu plus difficile la tâche des salariés de *Varsovie*. Enfin, en 1990, les Médecins Inspecteurs de Santé publique leur ont demandé explicitement à quoi leur établissement servait. Mais nous avons pu observer que, dès qu'une menace se dresse devant cet Hôpital, un réflexe de défense surgit, la cohésion, l'esprit de corps et la solidarité se resserrent, le côté combatif refait surface. La réponse aux attaques se structure, la riposte s'organise par le biais de réflexions stratégiques et de débats sur l'avenir, en s'appuyant toujours sur les valeurs ancestrales de l'institution. Avant de se demander où il va, Joseph-Ducuing-Varsovie jette toujours un regard en arrière, sur son passé, n'oubliant ainsi jamais ses origines. C'est ce que savent faire depuis toujours les successeurs des Résistants et Guérilleros espagnols. *Varsovie* a ainsi dû lutter, tout au long de son histoire, s'est vu obligé de s'adapter en

permanence (nouveaux moyens matériels, renforcement des équipes techniques et soignantes). Dans ce cadre, les tutelles ont souvent joué un rôle facilitateur, mais pas toujours. En effet, il aura d'abord fallu que l'HJDV restaure sa crédibilité extérieure. Ce fut une question de survie dans les années 1990 et, pour ce faire, l'institution a dû développer des partenariats, des coopérations, réaliser un travail en réseaux en tissant peu à peu sa toile. Grâce à cela, les autorités sanitaires ont fini par reconnaître l'éthique, les valeurs de cet Hôpital et l'ont soutenu.

Joseph-Ducuing n'a pas décidé de s'endormir sur ses lauriers : cette structure reste un lieu de résistance à des changements qui paraissent inéluctables et consistent à rationaliser la gestion et l'organisation à outrance au lieu de chercher à améliorer la santé de tous. L'équilibre budgétaire qui plane au dessus des têtes, telle une épée de Damoclès, tend à orienter les établissements vers ce qui est "rentable", en faisant des sélections. Au nom de son éthique première, l'HJDV a choisi, en conscience, la voie la moins facile, rendant la tâche quotidienne de chacun plus compliquée, voire épuisante [soutien des activités peu "rentables", maintien des partenariats avec le Service Public et du principe du salariat (rendant la recherche et le recrutement de certaines catégories de professionnels plus difficiles), le tout n'étant possible que par une augmentation d'activité et un "rendement" accru]. Cette volonté absolue, partagée par la direction et les salariés, de sauvegarder la ligne originelle des valeurs est une marque de profonde fidélité à l'esprit des Fondateurs. Ils leur font honneur. Mais l'institution de la rue "versa vin" se voit encore menacée par sa petite taille, souvent présentée comme un avantage dans le passé, qui serait devenue un handicap depuis les années quatre-vingt-dix, avec les nouvelles règles en vigueur obligeant à atteindre une certaine "masse critique".

Finalement, que reste-t-il, en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, du petit hôpital familial, de la *Maison* des Trente Glorieuses ? « Rien », vous diront quelques Anciens. Selon moi, ils ont à la fois tort et raison. D'abord, ils ont raison : des origines de *Varsovie*, on ne retrouve plus aujourd'hui que son château, dissimulé au milieu des autres bâtiments, témoin d'une époque héroïque, d'une aventure historique exceptionnelle. Ils ont partiellement raison si l'on se penche sur l'ambiance qui a forcément perdu en complicité, en esprit de famille, ce qui s'explique par l'extraordinaire développement de la structure (bâtiments, activités, effectif de personnel et zone d'influence élargie sur le territoire). Cependant, en toute humilité, je me permettrais d'opposer aux Anciens, pour lesquels j'éprouve à la fois respect et admiration, tous les témoignages recueillis ici ou là. Il semble, objectivement parlant, qu'un esprit souffle encore rue de Varsovie, que ces Anciens ont réussi à transmettre un témoin qui leur avait été confié par de plus Anciens encore. Ces derniers diraient certainement aux Anciens d'aujourd'hui que l'Hôpital Varsovie n'avait rien à voir avec la Polyclinique Joseph-Ducuing et encore moins avec l'Hôpital Joseph-Ducuing des années 1980.

De génération en génération, depuis l'époque espagnole, une toile a été peinte par

petites touches successives, à l'aide d'une seule et même palette de valeurs. Certes, avec le temps, les couleurs les plus anciennement étalées ont tendance à faner, rendant le tableau moins lumineux à certains endroits. Certes, avec le renouvellement important du personnel, il est compréhensible que les "gardiens" du tableau aient quelques craintes. Pourtant, ils doivent faire confiance aux nouvelles générations. S'il est très important de connaître son histoire et d'attarder de temps en temps son regard sur le passé, la nostalgie doit être mise de côté. L'essentiel n'est-il pas de conserver le paysage ou le portrait figurant sur le tableau ? Pour ce faire, des restaurations sont quelquefois nécessaires ; parfois, il faut changer le cadre pour lui donner une autre perspective... Bien entendu, il faut veiller à ce que tout cela reste le plus fidèle possible au modèle initial, mais il faudrait considérer ce tableau comme une œuvre inachevée, à compléter. Il faut en prendre soin, la poursuivre, sinon un jour elle sera décrochée du mur et conservée dans une remise, tombant dans l'oubli, à l'abri de la lumière. Si nous voulons que les générations à venir puissent en bénéficier, s'en inspirer, il ne faut pas la mettre sous cloche.

L'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie serait comme une sorte de grand navire qui aurait bravé bien des tempêtes, sachant se remettre en question grâce à de nombreux débats et réflexions. Il fut, tour à tour, bâtiment de guerre, de croisière (rarement), d'expérimentation ou d'exploration, retournant de temps à autre sur le chantier naval pour y subir des transformations, des mises aux normes... Il faut espérer qu'il garde son esprit militant, résistant, humaniste et innovant afin qu'il ne cède jamais au chant des sirènes de la marine marchande car de traîtres écueils l'attendraient. Les capitaines et leurs seconds ont su tenir fermement la barre et ont fait de leur mieux pour essayer de préserver l'essentiel, en louvoyant au milieu des hauts-fonds, en se gardant de mettre voiles lors des fortes dépressions ou au contraire en les faisant hisser par vent arrière. L'équipage médical, paramédical ou médico-technique, donne parfois l'impression de ramer dans une galère, mais n'a eu de cesse de promouvoir et de réaliser un travail rigoureux, en faisant du mieux possible avec les moyens humains et techniques à sa disposition. Dans cette tâche, cet équipage a été aidé et conseillé par de modestes armateurs soucieux de conserver l'état d'esprit et l'éthique de l'institution, qui ont toujours permis à ce vaisseau flottant de ne pas couler et de prodiguer une médecine de qualité, accessible à tous.

L'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie constitue l'un des derniers remparts face à la déshumanisation de la Médecine, l'un des derniers bastions de résistance au mercantilisme médical, l'une des dernières places fortes s'opposant au démantèlement progressif du système de santé, tel qu'il avait été imaginé : juste, généreux, solidaire, universel...

L'esprit des fondateurs voulait une institution à vocation "généraliste" tout en traitant un éventail de pathologies, le plus large possible. Ce vœu a été exaucé et respecté jusqu'à présent. Il revient aux soignants, aux personnels techniques et administratifs de poursuivre ce chemin

tout tracé, mais parsemé d'embûches. Pour y arriver, certaines questions semblent devoir se poser : Quelle doit être la place de la Médecine dans notre société ? Comment envisager son avenir ? La vision d'une prise en charge globale du patient, considéré dans son parcours de vie et de soins, est-elle dépassée ? Cette volonté de préserver une multi-disciplinarité, est-ce une vision passéiste ou au contraire avant-gardiste ? Aujourd'hui des coûts majeurs, humains et financiers, sont mis en jeu mais ne semblent pas donner tous les bénéfices escomptés, en terme de qualité de prise en charge, ni en terme d'efficacité. Ne faudrait-il pas redonner au médecin généraliste toute sa place et son importance dans l'Hôpital Public [à l'HJDV, par exemple, un médecin généraliste coordonne encore la synthèse des soins, dans le service de Chirurgie] ? Cela faciliterait la coordination des soins dans les services très spécialisés et améliorerait le réseau ville-hôpital dont le lien s'est parfois distendu. Si certaines personnes malades ne trouvent encore rien à redire sur le fait qu'elles soient progressivement assimilées à des usagers d'un marché de soins, consommant des biens et des soins médicaux, une frange (croissante ?) de la population semble se retrouver de moins en moins en phase avec cette vision. On pourrait penser, même espérer, qu'un jour la majorité dise : « Non, cette médecine-là, nous n'en voulons plus ! ». L'humanisme est à la base de la relation soignant-soigné. Aujourd'hui, la Médecine, de plus en plus technique et spécialisée, aurait tendance à "découper" le patient en tranches, à traiter des organes défaillants, oubliant parfois l'importance du vécu, du côté psychologique et social, dans le processus de guérison. Or, le médecin généraliste occupe une position privilégiée pour réaliser cette synthèse sans laquelle on n'évite pas les pièges de l'atomisation du malade. Des liens de collaboration plus étroits pourraient se tisser entre les médecins traitants qui adressent et les structures qui reçoivent les patients, en consultation ou en hospitalisation. Cela aurait plusieurs avantages pour tout le monde (le patient, les secteurs ambulatoire et hospitalier, et la collectivité à travers la Sécurité Sociale) : amélioration de la qualité de prise en charge hospitalière et ambulatoire qui serait plus globale, coordination des actions et des efforts (diminution d'actes inutiles ou redondants, prévention et éducation thérapeutique plus efficaces), prévention de la iatrogénie, meilleur suivi ambulatoire après les sorties d'hospitalisation. Les médecins généralistes devraient toujours pouvoir s'appuyer sur les structures hospitalières ; ces dernières devraient à leur tour pouvoir s'appuyer sur eux. Une telle relation de réciprocité, de collaboration rapprochée, dans l'intérêt des personnes malades, serait d'autant plus pertinente au moment où les durées de séjour se réduisent comme peau de chagrin et où la Chirurgie ambulatoire se développe à grand train. Toute personne soignée devrait être consciente (en étant bien informée) qu'un retour précoce à domicile n'est pas synonyme de guérison, que les soins et le suivi doivent être continués. Aujourd'hui, il semblerait donc intéressant de se poser la question de la place de la Médecine Générale dans les établissements de santé.

Le modèle que nous venons d'étudier, celui d'un hôpital général, de proximité, à mi-chemin entre le médecin traitant et le CHU, serait-il un modèle à développer à l'avenir pour le système hospitalier français ? Les Fondations comme l'HJDV – structures privées à but non lucratif, alliant les avantages des secteurs public et privé sans leurs inconvénients respectifs – peuvent constituer un modèle alternatif de fonctionnement pour le système de santé. Dans ce type de structure, il est possible de faire de la technique de pointe, de l'innovation, tout en préservant une prise en charge globale, étayée par des valeurs humanistes et sociales. En effet, si le haut degré de spécialisation, représenté par les CHU, est absolument indispensable, il faudrait que ce secteur de pointe puisse s'appuyer sur des structures plus flexibles, parfois plus réactives. Le partenariat CHU-Fondation semblerait être un bon modèle : une telle complémentarité renforcerait tout le système public hospitalier, ainsi que les liens entre médecine de ville et médecine hospitalière. Ceci bénéficierait au plus grand nombre, dans le respect de nos valeurs républicaines.

Il faut prendre soin de cet Hôpital et, plus généralement, de notre système de santé, en les considérant tous deux comme un héritage ancestral et un emprunt aux générations futures, à l'image de certains paysans qui prennent soin de leur terre et de leur environnement, en les considérant, non pas comme hérités de leurs parents, mais empruntés à leur descendance...

## **VII – Conclusion et perspectives d'avenir**

L'HJDV est une sorte de miroir de notre société, un micro-échantillon d'un Hôpital Public en souffrance, dans un monde loin d'être serein, dans lequel il faut continuer à avancer et à progresser. La politique hospitalière actuelle – quasi exclusivement préoccupée d'économie (grands coups de canif budgétaires, rentabilité et productivité de soins, à l'instar du monde industriel) – et les pratiques médicales, soignantes, de plus en plus techniques, menacent le riche héritage, transmis de génération en génération depuis l'époque des Fondateurs, les Républicains espagnols. En effet, un difficile équilibre est à trouver entre l'adaptation aux nouvelles contraintes et la préservation des valeurs originelles. Jusqu'à présent Joseph-Ducuing-Varsovie a réussi à assumer ses missions d'hôpital général de proximité mais les qualités d'accueil, des relations soignants-soignés et donc des soins pourraient se voir amoindries, le risque est réel. Sa situation, rive gauche de la Garonne, sur un territoire très concurrentiel, ne lui facilite pas la tâche (l'offre de soins y étant très concentrée). Cet Hôpital, comme d'autres structures de soins, a souvent dû se justifier et convaincre les Pouvoirs Publics du bien-fondé de son existence. Ayant compris que l'isolement était dangereux, il a développé un solide réseau afin de se pérenniser. Mais s'il ne veut pas un jour être rayé de la carte hospitalière toulousaine, il est condamné à accroître toujours plus son activité. Malgré ses contraintes spatiales et architecturales, entre deux petites rues du quartier Saint-Cyprien, il doit aussi augmenter la taille de ses locaux car il se retrouve dans les limites de la "masse critique" autorisée par les tutelles.

De nombreuses autres particularités donnent à cet établissement un visage assez singulier : le statut de salarié pour tout le personnel, notamment pour les médecins qui sont toujours restés en secteur 1 ; cela permet de maintenir l'accès aux soins pour toutes les populations, sans faire de discrimination. Cet Hôpital a souvent eu la caractéristique de traiter des pathologies délaissées ou émergentes, d'innover, d'anticiper le sens de l'Histoire et celui de l'évolution de la Médecine. Il assure depuis longtemps la prise en charge de patients souffrant de comorbidités. Le personnel est reconnu pour avoir un accueil chaleureux et une attitude profondément humaine, en considérant la personne malade au centre de toute préoccupation. Viser l'excellence, tout en préservant la polyvalence, la prise en charge multidisciplinaire et globale du patient, tel a toujours été son credo. L'établissement a toujours tenu à avoir des équipes médico-chirurgicales de haut niveau et à renouveler son plateau technique afin de pouvoir offrir des soins de qualité à tous ses patients. Pour l'ancien *Varsovie*, l'exercice d'une Médecine Sociale est important mais pas exclusif ; surtout, cela n'a jamais été synonyme de

"médecine de pauvres". Par le passé (et encore aujourd'hui), il a eu un rôle d'intégration sociale, notamment pour les personnes marginalisées ou pour les étrangers migrants. On a souvent pu constater, chez le personnel de l'Hôpital, un rapport de proximité avec la culture générale, chose indispensable pour conserver une certaine forme de tolérance et comprendre la situation des personnes en marge de la société. Fondé dans une ambiance très militante, il a su garder l'esprit résistant et engagé qui l'a toujours animé, sachant faire preuve de désobéissance, bravant parfois des interdits si la cause paraissait légitime pour le bien des patients. Il y a eu une sorte de passage de témoin culturel, éthique, historique, entre les anciennes et les nouvelles générations. Le personnel est très attaché au statut associatif de l'institution : ceci permet à son Conseil d'Administration de rester vigilant et exigeant quant aux positionnements éthiques à adopter. La direction, de son côté, maintient les orientations de l'Hôpital en étant inflexible sur les valeurs suivies par ses employés, dans l'exercice de leur métier. Justement, le personnel semble avoir conservé la cohésion, la solidarité de groupe et le sentiment d'appartenance à la structure qui caractérisaient ses prédécesseurs. Les salariés de Joseph-Ducuing-Varsovie ont tendance à s'impliquer, peut-être davantage qu'ailleurs, dans la vie et l'avenir de leur hôpital. Certains s'investissent dans l'action associative (liens étroits avec le mouvement mutualiste). Afin de garder une dynamique novatrice, l'Hôpital n'a pas hésité à parier sur quelques secteurs moteurs, de pointe. Cela a contribué, peu à peu, à transformer son image extérieure. Aujourd'hui, on ne retient plus uniquement de lui que la Maternité ou les Soins Palliatifs ; on entend aussi parler de Chirurgie, notamment Orthopédique, des Maladies Orphelines, du Service des Urgences, bref, d'un hôpital général, de proximité, qui aurait réussi son pari de rééquilibrer son trépied MCO. La vocation de l'HJDV, dans une ville comme Toulouse, n'a jamais été de faire concurrence au CHU – qui fait partie des plus reconnus de France et avec lequel il entretient une relation étroite, tout en maintenant son indépendance vis-à-vis de lui –, ni non plus au secteur privé à but lucratif, très efficace et efficient sur les secteurs qu'il a choisis. Non, la fonction de Joseph-Ducuing-Varsovie, minuscule structure au milieu d'une agglomération de plus d'un million d'habitants, est de jouer la carte de la complémentarité, afin de combler des lacunes (ce qui est délaissé, compliqué, ou qu'on ne veut parfois pas faire ailleurs) et de permettre une couverture de l'ensemble des besoins de santé. Il devra rester un hôpital général, de proximité, accessible et ouvert à tous. Il devra rester ce qu'il a toujours été : militant, résistant, humaniste et innovant.

D'une histoire mouvementée, il semble se détacher une réponse originale aux règles de l'éthique. Mais c'est une histoire inachevée qui est à poursuivre. Est-ce un exemple, un modèle de dispositif hospitalier pour l'avenir ? Certainement, mais Joseph-Ducuing-Varsovie est loin d'être isolé dans la bataille qu'il mène : il partage bon nombre de ses valeurs avec la FEHAP, à laquelle il appartient. En effet, rappelons les principaux objectifs de cette fédération : procurer

à toutes les populations des soins de qualité, favoriser l'accès aux soins et aux droits et, enfin, favoriser l'accès à toutes les composantes de la santé, en travaillant particulièrement sur l'aspect social (bonne alimentation, logement, culture...).

Tous ces traits de caractère, mis bout à bout confèrent à l'HJDV une originalité reconnue, dans le paysage hospitalier toulousain, depuis sa création, il y a soixante-dix ans.

Au sein des structures hospitalières, la question de la place de la Médecine Générale, dans l'optique d'une prise en charge globale et multidisciplinaire des patients, pourrait se poser, à l'avenir, pour améliorer l'efficacité des prises en charge qui sont parfois très cloisonnées. C'est mon point de vue de généraliste que je sais partagé par les médecins de Joseph-Ducuing. De même, pourrait se poser la question de la place du médecin généraliste, dans les services très spécialisés, pour coordonner les soins et resserrer les liens entre les médecines hospitalière et ambulatoire. Tout cela pourrait bénéficier au système de santé (économies et efficacité), et bien entendu au patient, en terme de qualité et de cohérence de soins, et de suivi à domicile.

Toulouse le 12.01.15

Vu permis d'imprimer.  
Faculté de Médecine  
Toulouse-Rangueil  
Le Docteur  
E. STABIANO

Vu le Président du Jury

12/1/2015

Professeur Philippe ABRET  
12/1/2015  
E. Gadox 9

## VIII – Bibliographie et sources utilisées

### Bibliographie (et filmographie) :

- 1) Geneviève Dreyfus-Armand : *Exil des Républicains espagnols en France* ; (Albin Michel, Paris, 1999).
- 2) Dolores Villar-Basanta : *L'Hôpital Varsovie, 1944-1950*, mémoire de DEA, Etudes ibériques ; (Université du Mirail, Toulouse, 1997).
- 3) F. Guerra : *La Medicina en el exilio republicano* ; (Universidad de Alcalá de Henares, 2003).
- 4) Janine Carraux-Garipuy : *L'Hôpital Joseph-Ducuing et son projet : histoire, réalité et image d'aujourd'hui*, thèse de doctorat ; (Université Paul-Sabatier, Faculté de Médecine, Toulouse, 1987).
- 5) Álvaro Martínez Vidal (coordinateur), Antoni V. Adam Donat, Miquel Bruguera, Sebastiaan Faber, Jordi Guixé I Coromines, Empar Pons Barrachina, Alfons Zarzoso, traduction du Dr Janine Garipuy : *L'Hôpital Varsovie : exil, médecine et résistance (1944-1950)* ; (Loubatières, Portet-sur-Garonne, 2011).
- 6) Juli Esteve et Álvaro Martínez Vidal : *La Bataille de Varsovie, l'histoire de l'Hôpital de Toulouse fondé par les exilés espagnols*, documentaire ; images et montage d'Antoni Arnau et Esther Albert ; (InfoTV, València, 2011).
- 7) Jeanne Saint-Saëns Gaillot : *Toi, mon grand-père, Joseph Ducuing, essai biographique* ; (chez l'auteur, Toulouse, circa 2002).
- 8) Dr Frédérick Leboyer : *Pour une Naissance sans violence* ; (Seuil, Paris, 1973).
- 9) Didier Sicard : *L'Éthique médicale et la bioéthique* ; (Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?", Paris, 2013).
- 10) Claude Olievenstein : *"Toxicomanie"* ; (*L'Humanité* [[www.humanite.fr/](http://www.humanite.fr/)], 10/03/1998 ; *L'Express* [[www.lexpress.fr/](http://www.lexpress.fr/)], 15/12/2008 ; *Le Monde* [[www.lemonde.fr/](http://www.lemonde.fr/)], 15/12/2008).
- 11) Nathalie Frydman et Hélène Martineau : *La Drogue, où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogue et de toxicomanie* ; (La Documentation française, Paris, 1998).
- 12) B. Bonnici : *La Politique de Santé en France* ; (Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?", Paris, octobre 2011).
- 13) Philippe Ariès : *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* ; (Plon, Paris, 1960,

réédition Points Histoire, 2014).

- 14) Olivier Maillé : La Place du sujet en Médecine ; (Sauramps médical, collection "Médecine et humanisme", Montpellier, 2013).
- 15) Laurent Visier (coordination), E. Baccino, C. Humeau, O. Jonquet, S. Mokaddem, P. Pujol, A. Sotto et F. Vialla : *Médecine, Maladie, Société : l'Éthique Médicale* ; (Edition Sauramps médical, Montpellier, 2008).
- 16) P.-L. Druais, B. Gay, M.-F. Le Goaziou, M. Budowski, S. Gilbert, M. Vidal : *Médecine Générale*, chapitre 35 "*Éthique et déontologie*" ; (Collège National des Généralistes Enseignants, Abrégés de connaissances et pratique, Masson, Paris, 2<sup>e</sup> édition 2009).
- 17) Paul Ricœur : article "*Éthique*" in *Encyclopædia Universalis* [en ligne], 2014.
- 18) Georges Canguilhem : *Le Normal et le pathologique* ; (Presses Universitaires de France, Paris, 1943 et 2<sup>e</sup> édition 1966 ; réédition PUF "Quadrige", 2005).
- 19) J. de Kervasdoué (avec la collaboration de S. Billon) : *L'hôpital* ; (Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?", Paris, 2011).
- 20) B. Bonnici : *Politiques et protection sociales* ; (Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je ?", Paris, 1997).
- 21) Site internet du Ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr/](http://www.sante.gouv.fr/) .
- 22) *Code de Santé publique*, juin 2014 ; Légifrance : [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/) .
- 23) Bartolomé Bennassar : *La Guerre d'Espagne et ses lendemains* ; (Perrin, Paris, 2004).
- 24) Michel Goubet et Paul Debauges : *Histoire de la Résistance, Haute-Garonne* ; (Milan, Toulouse, 1986).
- 25) Dominique Lecourt (direction) : article "*L'avortement*", in *Dictionnaire de la pensée médicale* ; (Presses Universitaires de France, Paris, 2004).
- 26) Simone de Beauvoir : *Le Deuxième sexe* ; (Gallimard NRF, Paris, 1949).
- 27) *Code de Déontologie médicale*, novembre 2012 ; Conseil National de l'Ordre des Médecins : [www.conseil-national.medecin.fr/](http://www.conseil-national.medecin.fr/)

#### **Archives et sources originales :**

- **Livre registre de malades**, 1944-1945, période militaire ; (Archives de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie). Manquent 65 pages arrachées.

- **Livre registre de malades**, 1945-1951, période civile ; (Archives de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie).
- **Livre d'Or**, 1948-1950 ; (Archives de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie). Une soixantaine de dédicaces.
- *Anales del Hospital Varsovia* ; (Madrid, *Biblioteca Nacional*).
- *Hospital Varsovia*, fascicule publié en espagnol, français, anglais et allemand en 1950 ; (Archives de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et *Fundación Pablo Iglesias*, Madrid).
- **Livres** des rapports des réunions des associations de direction, comptes rendus des Commissions Médicales Consultatives et des Commissions Médicales d'établissement depuis 1950 jusqu'en 2010 ; (Archives départementales et archives de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie).
- **Données** du Département d'Information Médicale (DIM).
- **Questionnaires recueillis** : Dr Sophie Ancellin, Madame Michelle Antonucci, Madame Amandine Peyron, Madame Nadine Quehan, et des infirmières anonymes.
- **Entretiens enregistrés**, par dictaphone, auprès des personnels actifs ou retraités de L'Hôpital : Dr Stéphane Aczel, Dr Jacques Barsony, Dr Jean Casanova, M. Jacques Cauquil, Dr Francis Gaches, Dr Daniel Garipuy, Dr Gérard Giordano, M. David Gonzalvo, Dr Laure Jonca, Dr Philippe Loup, Pr. Thierry Marmet, M. Christophe Paulo, Madame Amandine Peyron, Madame Nadine Quehan, M. Alain Radigales, M. Michel Roumy, Dr Francis Saint-Dizier et Dr Marc Uzan.

## Annexes

### Annexe 1 : A – Le rôle de l'Éthique en médecine.

Devant le développement des techniques scientifiques en général et les progrès de la Médecine en particulier, l'Éthique est parfois reléguée au second plan alors que justement, les médecins n'en auront jamais eu davantage besoin qu'à l'époque actuelle. Personnellement, les questions éthiques m'ont toujours beaucoup intéressé, que ce soit dans le champ médical, ou plus largement sur des sujets de société ou dans les débats publics... Cet intérêt entre en résonance avec l'enseignement de la Philosophie qui m'a été dispensé par un Professeur passionné, Madame Hee, en classe de terminale. Cela m'a profondément marqué. Il a ensuite été entretenu par les cours de Sciences humaines, instaurés par le Professeur Guy Lazorthes, en première année de Médecine, pour humaniser davantage une discipline devenue très technique.

Pourquoi avoir choisi de parler d'Éthique ? Il nous est apparu important d'aborder ce thème assez rapidement pour savoir exactement de quoi il retourne lorsque l'on évoque l'Éthique. Il en sera question assez souvent : de celle qui animait les Fondateurs de l'Hôpital, de celle de leurs successeurs. Qu'elle était leur "philosophie" médicale ? Qu'est-ce qui fait la marque de fabrique de cet établissement ? Quelle est son éthique ? Quelle est la conception personnelle et collective de ce que doit être l'attitude de soin de la Médecine pour ceux qui y ont travaillé et pour ceux qui y travaillent encore ? Quelle doit être la place de la Médecine ?

« Envisager le souci éthique dès l'entrée dans les études médicales, c'est s'inscrire dans une longue lignée qui fait de la Médecine, non seulement une activité technique, mais également une réflexion, une mise en pensée de sa propre action<sup>265</sup> ».

#### 1 – L'Éthique : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas.

L'Éthique est une réflexion individuelle et collective sur les conduites personnelles, dans un monde en perpétuel remodelage du fait des évolutions des savoirs et des techniques. Elle pose, entre autres questions, celles de savoir ce qu'est un être humain et ce qui peut être fait avec lui. C'est un idéal à réaliser, une cause à défendre. L'Éthique, notamment en médecine, ne doit pas être l'apanage de quelques spécialistes. Elle est l'affaire de tous les médecins, et c'est à chacun de se l'approprier dans une dimension collective. L'Éthique est une discussion, sans cesse en mouvement, au contraire de la Morale qui serait gravée dans le marbre. Respecter les règles, exercer dans le cadre de la Loi est insuffisant pour résoudre la question éthique.

---

265 Laurent VISIER (coordination), E. BACCINO, C. HUMEAU, O. JONQUET, S. MOKADDEM, P. PUJOL, A. SOTTO et F. VIALLA : *Médecine, Maladie, Société : l'éthique médicale* ; (Edition Sauramps médical, Montpellier, mai 2008). p. 7.

## La Déontologie n'est pas l'Éthique

La Déontologie est un ensemble de règles qui régissent une profession et la conduite de ceux qui la pratiquent. Elle ne nécessite ni adhésion à des vérités, ni conversion des volontés, mais oblige à une discipline. Le Code de Déontologie médicale regroupe des éléments de Morale appliquée à l'exercice de la Médecine, des principes régissant des relations harmonieuses entre professionnels de santé, des principes juridiques et des règles *coutumières*<sup>266</sup>. Par exemple : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique », article 37 du Code de Déontologie médicale ; ou encore : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort », article 38 du même Code.

Si la Déontologie n'est pas l'Éthique, l'article 2 du Code (qui apparaît également dans le Code de Santé publique dans l'article R.4127-2) résume pourtant bien cette dernière : « Le médecin, au service de l'individu et de la Santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne, de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ». L'Éthique suppose que le patient doive être subordonné à la personne humaine : il y a une prépondérance des valeurs, du droit sur le fait et de la liberté du sujet sur son état de santé. L'*acharnement thérapeutique* peut, de fait, devenir une forme de maltraitance et de négation de la liberté d'autrui. Le consentement d'un malade aux soins ou à la recherche est d'ordre déontologique (inscrit dans la Loi) mais son éclairage, c'est-à-dire l'information dispensée, est d'ordre éthique car la réflexion éthique s'interroge justement sur la meilleure façon d'éclairer un consentement en lui donnant sa vérité.

L'Éthique est une politique de la Vie plutôt que du soin : on ne peut pas soigner sans se référer à la vie humaine et à ses valeurs.

## La Morale non plus n'est pas l'Éthique

Le Droit et la Morale sont difficiles à distinguer car tous deux traitent de l'organisation du fonctionnement de la société ; cependant la Morale s'adresse à un individu, libre de choisir s'il l'applique ou non, tandis que la Loi s'adresse à un groupe d'individus devant respecter les règles édictées<sup>267</sup>. D'après Paul Ricœur, « le formalisme en Éthique définit la moralité. Mais l'Éthique a une ambition plus vaste, celle de reconstruire tous les intermédiaires entre la liberté,

---

266 P.-L. DRUAI, B. GAY, M.-F. LE GOAZIOU, M. BUDOWSKI, S. GILBERT, M. VIDAL : *Médecine Générale*, chapitre 35 "*Éthique et déontologie*" ; (Masson, Paris, 2<sup>e</sup> édition 2009). p. 380.

267 P.-L. DRUAI, opus cité ; p. 380.

qui est le point de départ, et la Loi, qui est le point d'arrivée<sup>268</sup>».

Dans l'imaginaire collectif, la Morale est normative, renvoie à des impératifs, à des références religieuses, culturelles, alors que l'Éthique serait un questionnement séculier, dynamique, sans arrêt en mouvement. L'Éthique paraît plus ouverte, plus adaptée à la science contemporaine, là où la Morale semble tomber parfois en désuétude. Pourtant la Morale sert de support à l'Éthique ; elle serait fragilisée sans ce socle solide. D'après Claude Huriet, « la Morale c'est la réponse avant la question et l'Éthique un questionnement sans réponse<sup>269</sup> ».

## 2 – La Médecine et la Philosophie

« Aucune médecine, fût-elle la plus en pointe des techniques cliniques, ne fait aujourd'hui l'impasse sur le sens de la santé, les significations de la guérison, les finalités des protocoles liant le malade, le médecin, l'institution sanitaire et les pouvoirs qui l'autorisent<sup>270</sup> ».

Dans l'Antiquité grecque, l'arbre généalogique du mythe révèle que la Médecine, à travers son dieu Asclépios, est la fille de la guérison (Apollon, le dieu guérisseur) et de la beauté (Coronis) et engendre hygiène (Hygie, la vie saine) et guérison totale (Panacée, celle qui guérit tout). De là est née l'idée de la vie belle, éternelle, sans fracas, sans malheurs grâce à la Médecine qui permet de fuir la condition misérable de mortel soumis à la toute-puissance divine. Pendant longtemps, la Médecine a été rattachée à l'histoire de la rationalité philosophique. Pour preuves, Hippocrate qui réunit la Médecine et la Philosophie en séparant cette discipline de la religion, Galien qui pense, lui, que la Médecine doit accompagner la Philosophie et que le philosophe doit se faire médecin ; la sagesse curative platonicienne ou la théorie d'Aristote sur la Nature et son accomplissement final dans la métaphysique et l'Éthique du Bien, sont d'autres exemples. Descartes, pour qui la métaphysique est le fondement de toutes les Sciences, et la Science est inséparable de la Philosophie, Bichat et sa théorie sur le vitalisme avec son célèbre aphorisme « la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort », ou encore Claude Bernard et le déterminisme des phénomènes en témoignent également. Il y eut une Philosophie produite par et pour la Médecine à partir de réflexions sur la santé, la vie, les normes<sup>271</sup>... Dans les progrès des Sciences du vivant (Biologie, Physiologie, Sciences expérimentales...), les médecins ont souvent eu recours à la Philosophie, de même que la pensée philosophique était imprégnée de médical. Les notions de régime, diététique, mesure, équilibre se réfèrent à des *modus vivendi* concrets, marqués par des orientations philosophiques.

« La Philosophie, comme recherche du bien-vivre et hygiène de vie et de pensée, [...] a eu un rôle éthique dans l'art de guérir les crises et les maladies du corps autant que les troubles

---

268 Paul RICCEUR : article "*Éthique*", in *Encyclopædia Universalis* [en ligne], 2014.

269 Didier SICART : *L'Éthique médicale et la bioéthique* ; (PUF, collection "Que sais-je ?", Paris, 2013). p. 5.

270 Laurent VISIER, opus cité ; p. 9.

271 Laurent VISIER, opus cité ; p. 26 à 30.

de l'âme. [...] La Médecine ne fut pas toujours bien avisée de se séparer de la Philosophie pour s'autoriser d'une "Science" Médicale. Les dérives hygiénistes, biologisantes, les théories maladroites sur la race, le sexe, le sang, et les élucubrations sur la santé des peuples et les puretés des lignées ont été produites dans les "humanismes" propres à des idéologies faciles et peu rigoureuses, laissant les fantasmes les moins rationnels et les plus dangereux faire leur travail idéologique au nom d'une "Science pure, objective, rigoureuse, cohérente". Les biométries contemporaines sont souvent encore soutenues par des politiques de sélection et de tri, quand ce n'est pas pour le motif xénophobe qui les fonde<sup>272</sup> ». L'eugénisme fut, par exemple, un motif pour étudier les comportements des femmes, des enfants, des esclaves et des nations dites "inférieures". Les médecins des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles trouvaient là un moyen de rendre légitimes la domination coloniale, l'esclavagisme, le maintien des femmes dans leur rôle de gardiennes du foyer...

Aujourd'hui, la Bioéthique et l'Éthique sont probablement les avatars de cette philosophie médicale et sont nécessaires pour faire face aux demandes de plus en plus exigeantes de nos sociétés : augmenter la durée de vie, rajeunir, refouler la mort pour ne laisser place qu'à la maladie considérée comme provisoire. La Médecine est parfois vue comme toute-puissante, rassurante vis-à-vis de nos angoisses existentielles. Pour une partie du public, elle a encore parfois un parfum magique (résolutions d'expertises scientifiques ou de problèmes sur l'existence, dépassant largement ses limites et compétences pratiques). Il y a un danger de médicaliser l'existence, de pathologiser le lien humain, en faisant fi de la dignité et des libertés des personnes. Si la Médecine se sépare d'une forme de Philosophie, il existe le risque d'une Médecine normalisatrice où l'Éthique deviendrait une Morale, avec une politique de Santé fondée sur des règles, des lois, des conventions préexistantes définissant son champ d'action et ses finalités. Il n'y aurait plus alors de jugement critique de la part du médecin sur sa pratique.

Le corps humain ne doit pas être assimilé à un objet commercialisable (problème des achats d'organes, des greffes chirurgicales pour d'autres motifs que ceux du soin physique). Dans l'époque actuelle de dérégulation en tout domaine, de l'État providence en perte de vitesse, il devient primordial de se poser la question éthique de la place de la Médecine dans le cadre humain de l'assistance, du bien-être, de la santé individuelle et collective.

« Le philosophe-médecin pense autant qu'il agit, quand il soigne et guérit<sup>273</sup> ».

### 3 – L'accompagnement des patients

Cet accompagnement devrait idéalement se faire de manière globale, dans un lien de proximité avec le patient. On prête volontiers aux médecins une certaine humanité : sa pratique

---

272 Laurent VISIER, opus cité ; p. 15.

273 Laurent VISIER, opus cité ; p. 25.

ne peut pas être réduite à un savoir médical scientifique, malgré tout nécessaire. On attend de lui tout autant une compétence technique pointue et une attitude profondément humaine : une objectivité que lui permet sa position de scientifique et une écoute humble toute subjective.

Tout médecin pourrait avoir une approche palliative dans sa pratique de la Médecine curative. La démarche palliative pourrait être étendue à d'autres domaines de la Médecine que celui de la fin de vie, parce qu'elle amène des valeurs éthiques et humaines tenant lieu de garde-fous à une médecine de plus en plus tournée vers le technique. Une telle approche pourrait aider le médecin à réfléchir sur son rôle de soignant et à maintenir l'équilibre instable sur lequel il s'appuie, entre un savoir-faire performant et un savoir-être adapté : accueillant et humain. De fait, il est important de savoir écouter sans préjugés, d'informer, de négocier, parfois de trancher ou au contraire de temporer, mais toujours pour le bien du patient. Une maladie que la Science médicale sait guérir (ou en réduire les principaux symptômes et les conséquences) est considérée comme bénigne. Pourtant, une telle vision, centrée sur la maladie, ne tient compte que du corps-objet et pas de la souffrance du sujet. Le degré de gravité de telle ou telle affection n'a pas de sens lorsqu'on s'occupe du corps-sujet. Chaque personne nécessite une attention. La souffrance, propre à chacun, ne doit souffrir ni comparaisons ou ni jugements. Même la plus simple des maladies peut créer une sorte de rupture dans la vie d'un sujet et engendrer une souffrance ; cette dernière a d'ailleurs plusieurs composantes (physique, psychologique, sociale, spirituelle...)<sup>274</sup>. Dans *Le Normal et le pathologique*, Georges Canguilhem l'illustre en écrivant : « En tout cas, aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique. Guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes<sup>275</sup> ». Si l'on place le patient au centre des préoccupations, on constate que deux maladies sont présentes dans la salle de consultation : l'une est celle du patient, l'autre est celle élaborée par notre regard de soignant, confronté à l'objectivité des faits observés.

Face à une personne en demande de soins, le médecin est souvent seul, sans cesse partagé entre l'intérêt immédiat du patient, celui de ses proches, celui de la collectivité, avec la Loi d'un côté, la Déontologie médicale de l'autre et, bien entendu, les exigences du secret médical ; le poids des influences culturelles et enfin les convictions du soigné peuvent diverger de celles du soignant. Dans un tel contexte, une aide précieuse vient au secours du médecin pour prendre une décision en adéquation avec sa conscience : son éthique.

#### 4 – Pour conclure sur l'Éthique

Les problèmes éthiques sont des occasions pour une société de s'impliquer dans la réflexion sur le vivant, sans laisser ce champ de compétence aux seuls scientifiques. L'Éthique

---

274 Olivier MAILLÉ, opus cité ; p. 76-77.

275 Georges CANGUILHEM : *Le Normal et le pathologique* ; (PUF, Paris, 1966 ; réédition Quadrige, 2005).

est un regard sur la Vie, sur ce qui nous fait homme, sur nos capacités à prendre soin d'autrui (notamment des plus vulnérables) ; ceci dépasse de loin les enjeux scientifiques. Une Éthique figée sur des principes généraux et qui ne prenant pas en considération le respect de l'humanité serait bien vaine<sup>276</sup>. En Éthique, la décision finale est importante, mais les réflexions et le débat, qui ont mené à celle-ci, le sont tout autant<sup>277</sup>. Autrefois, la formation des médecins était littéraire, dans des proportions non négligeables. Ils étaient des *humanistes* lettrés avec une grande connaissance de la langue et de la littérature grecques et latines. Cette caractéristique a progressivement disparu devant la modernisation de la Science médicale : le volume des connaissances scientifiques à acquérir est devenu de plus en plus conséquent. Pour aboutir à une médecine plus humaine et ne pas laisser tout le champ libre au médico-technique, la qualité de la formation des étudiants d'aujourd'hui (médecins de demain) est primordiale. Les futurs praticiens ne peuvent pas se contenter de devenir seulement des savants. L'enjeu devient compliqué lorsqu'on connaît le contexte de compétition entre les étudiants : comment, dans ce cas, leur enseigner l'humilité et la possibilité de l'échec, inhérentes à toute action médicale<sup>278</sup> ?

## **Annexe 2 : B – Santé publique : organisation, fonctionnement des hôpitaux et des systèmes de santé.**

La réflexion sur l'Éthique intéressait le médecin et la société civile, en s'appuyant sur des valeurs, des cheminements intellectuels... Elle ne s'oppose pas à cette partie qui occupe davantage la collectivité et les gouvernants, même si les soignants doivent en tenir compte dans les dépenses qu'ils engendrent. Ici, nous serons donc plus sur des versants de gestion, d'organisation et de financement. Cette partie sur la Santé publique semble se justifier pour la bonne compréhension globale, pour prendre en considération tous les tenants et les aboutissants de ce qui peut contribuer aux soins, notamment une politique et un système de santé. Pour ma part, bien que naturellement peu porté sur ces questions de Santé publique (je suis plutôt clinicien même si je me sens concerné par cette discipline), je me suis vite retrouvé confronté à des concepts assez hermétiques dans les comptes-rendus des Commissions Médicales que j'ai pu consulter aux archives. Il me restait, de ma formation initiale, des notions globales et assez floues dans ce domaine. J'ai donc ressenti le besoin d'éclaircir et d'approfondir quelque peu le sujet.

« La santé [...] commande le présent et l'avenir de chaque individu quels que soient sa situation de fortune, sa place ou son rôle dans la société<sup>279</sup> ». La santé est considérée comme

---

276 Didier SICARD, opus cité ; p. 122.

277 Laurent VISIER, opus cité ; p. 186.

278 Olivier MAILLÉ, opus cité ; p. 107.

279 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 3.

une nécessité pour le bon accomplissement de la vie personnelle d'un individu. Au sens de John Rawls, la santé est nécessaire à l'obtention des biens premiers, c'est-à-dire à l'exercice de sa liberté personnelle dans un monde démocratique. En cela la santé se rapproche de l'éducation : pour être un homme libre dans une société moderne et développée, il faut pouvoir accéder à la santé et au savoir, d'où l'importance de la médecine et de l'enseignement. Une société moderne est ainsi caractérisée par une égalité des chances dans ces deux domaines. Ces biens sont différents de biens économiques : on pourrait justifier des inégalités dans la distribution des biens matériels (en considérant, par exemple, comme juste, un monde dans lequel tous les individus n'ont pas les mêmes revenus) ; en revanche, on ne pourrait se satisfaire d'un système dans lequel aucune action ne serait menée pour réduire des inégalités en terme d'éducation ou de santé. Si pour les Français l'éducation, le logement, la famille, le vieillissement, la natalité, et le chômage représentent une grande part de leurs préoccupations, la politique de Santé a une place privilégiée parmi les politiques Sociales. Cela a eu pour conséquence une amélioration de l'état de santé en France, que l'on pourrait qualifier de très satisfaisant en comparaison de ce qu'il était avant la Seconde Guerre mondiale dans notre pays, ou de ce qu'il est actuellement ailleurs dans le monde. La santé, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), n'est pas que l'absence de maladie, mais un « état de complet bien-être physique, mental et social ». La politique de Santé a pour objectifs de prévenir, soigner et guérir les maladies, les atteintes organiques ou fonctionnelles, voire psychiques qui peuvent avoir un impact sur la vie familiale, professionnelle ou sociale d'une personne<sup>280</sup>.

### 1 – Un peu d'histoire

Au Moyen Âge, on luttait contre la maladie avant tout à la faveur d'initiatives individuelles ; maladie et indigence étaient souvent confondues, d'une part du fait de l'organisation sociale, d'autre part du fait du côté rudimentaire de la Médecine de l'époque. Il n'existait pas de véritable organisation d'assistance médicale et les initiatives provenaient essentiellement de la charité chrétienne. En effet, l'Église avait une très grande influence et régissait la vie quotidienne : les plus riches, selon leur bon vouloir, permettaient aux plus démunis d'accéder à des soins sommaires. Cependant, un embryon d'organisation sanitaire et d'assistance médicale a pu se développer, par l'intervention de l'Église, avec Saint-Vincent-de-Paul : des hospices se sont vus habilités à accueillir des femmes en couches, des vieillards ou encore des indigents. Malheureusement, tous ces précurseurs n'auront pas su protéger l'ensemble de la population contre des fléaux sanitaires dévastateurs comme la rage ou la peste, auxquels pouvaient s'ajouter de grandes famines. Pendant les siècles qui ont suivi l'entraide sociale et l'assistance sanitaire étaient organisées autour des paroisses. Puis des corporations

---

280 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 3.

ont vu le jour (artisans, commerçants...). Pour ce qui est de la royauté, elle a davantage récompensé ses fidèles serviteurs que le commun des mortels : ainsi, sous Louis XIV, les fonctionnaires, marins et militaires se sont vus octroyer, à l'initiative d'un Colbert ou d'un Vauban, des avantages sociaux (notamment un système rudimentaire de retraite).

L'époque qui a suivi la Révolution française a vu se développer une organisation de la lutte contre la maladie dans des hôpitaux et des hospices, malgré les conflits entre des jacobins tenants d'un pouvoir central et des girondins tenants d'une plus grande proximité locale (c'est l'éternel problème entre un État fort et une volonté de décentralisation). Dans un premier temps, en coupant la tête du Roi de France, en persécutant l'Église et en nationalisant ses biens, enfin en interdisant les corporations, les révolutionnaires ont démolé le peu d'entraide sociale qui existait. Dans un second temps, la Révolution a permis l'élaboration d'aides sociales collectives. Le XIX<sup>e</sup> siècle a continué dans ce sens : la révolution industrielle a entraîné, avec l'apparition des machines et le développement de l'urbanisation, de grands changements sur le plan social. Une classe ouvrière est apparue, et il y a eu une prise de conscience forte de certains faits déviants dans la société de l'époque (exploitation des femmes, des enfants...). A partir de la moitié de ce XIX<sup>e</sup> siècle, des sociétés de secours mutuel ont vu le jour dans des manufactures ; en même temps, naissaient des établissements d'hospitalisation privés (fondations) pour combler les lacunes sanitaires des établissements publics, affectés en premier lieu à la prise en charge des femmes enceintes, des vieillards, des aliénés, de l'indigence... A la fin de ce siècle, l'histoire sociale fait un grand bond en avant : organisation de l'aide sociale par les Pouvoirs Publics (loi du 15 juillet 1893), création des syndicats, de la Mutualité (1898)... Parallèlement à tout cela, le savoir médical reste rudimentaire ; pourtant, la Médecine d'aujourd'hui ne serait pas ce qu'elle est sans les apports successifs, à différentes époques, des grands noms qui ont marqué cette discipline comme Hippocrate, Avicenne, Vésale, Paracelse, Ambroise Paré, William Harvey... Les bases de la Médecine se sont affirmées avec les Dupuytren, Bretonneau, Laënnec, Trousseau, Claude Bernard, Charcot, Pasteur, ainsi qu'avec l'apport des Sciences fondamentales (Pierre et Marie Curie). Ainsi, les souffrances physiques et psychiques ont vu leur prise en charge améliorée ; la mort, quant à elle, a vu son échéance reculer toujours plus loin<sup>281</sup>...

Les médecins, les ingénieurs et les chercheurs en Sciences biomédicales n'ont eu de cesse de tendre vers l'objectif de total bien-être que constitue la santé. Les institutions ont suivi en s'ouvrant progressivement à cette médecine moderne, enrichie de molécules et de techniques nouvelles. Après la Première Guerre mondiale et la pandémie de grippe espagnole (probablement la plus meurtrière de l'histoire, avec 30 à 100 millions de morts estimés, de 1918

---

281 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 4 à 6.

à 1919), la France s'est dotée d'un ministère de la Santé (1920). Mais avant la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital était d'abord une institution sociale avant d'être une institution sanitaire. Par émulation avec le secteur privé concurrentiel (ajoutant de la compétence à son traditionnel confort), les hôpitaux publics ont peu à peu affermi leur rôle majeur dans le système de santé, en recevant toutes les couches de la société, sans discrimination. A la fin des années 1950, la France s'est reconstruite, et dans ce sillage, les hôpitaux publics, pourvus de médecins renommés, ont attiré des patients de plus en plus nombreux et exigeants. A partir de 1970, ces mêmes hôpitaux sont devenus de véritables centres de haute technologie<sup>282</sup>.

En ce début de XXI<sup>e</sup> siècle, en France, l'hôpital soigne et prend en charge tous les malades. On y naît, on y meurt<sup>283</sup>, on y accueille 24 heures sur 24, souvent "gratuitement", toutes les détresses, tous les accidents et maladies, sans discrimination aucune. Peu de pays au monde, même quand ils sont "riches", offrent ce genre de service à leurs concitoyens<sup>284</sup>.

## 2 – Santé et protection sociale

L'état de santé des Français s'est amélioré en grande partie grâce aux assurances sociales. Le système français de protection sociale s'est inspiré de ce qui a été fait par Bismarck en Allemagne (fin XIX<sup>e</sup> siècle) et également des réflexions de Lord Beveridge, en Grande-Bretagne, pendant la Seconde Guerre mondiale. Ainsi en 1945, notre système de protection sociale s'est voulu généreux quant aux prestations et généralisé à l'ensemble de la population<sup>285</sup>. L'universalité assurantielle a été perdue vers 1950, puis peu à peu retrouvée, non sans difficultés, avec des lois d'extension et de généralisation de la Sécurité sociale en 1975, en 1978 et en 1999 surtout (création d'une Couverture Maladie Universelle, la fameuse CMU).

La politique de Santé prévient les maladies, les accidents et concourt à améliorer de manière continue l'état de santé de la population. Le système de santé répare des dommages. Les assurances sociales, quant à elles, indemnisent des "risques" (maladie, maternité, invalidité, décès, accidents de travail, maladies professionnelles, vieillesse, dépendance et famille). Il existe un droit individuel (en tant qu'assuré social) et un droit familial (en tant qu'ayants droit) aux prestations sociales<sup>286</sup>.

## 3 – Santé et Économie

Pour rester neutre et objectif sur le sujet, je citerai ceci :

« La santé, comme la vie, n'a pas de prix pour chaque individu. En revanche, elle a un coût collectif grandissant eu égard à la généralisation des prestations sanitaires et sociales,

---

282 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 7.

283 En 2006, selon l'INSEE (état civil), 70% des Français sont morts dans une institution médico-sociale.

284 J. DE KERVASDOUÉ : *L'Hôpital* ; (PUF, collection "Que sais-je", Paris, 2011). p. 5-6.

285 B. BONNICI : *Politiques et protection sociales* ; (PUF, collection "Que sais-je ?", Paris, 1997).

286 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 7-8.

d'une part, d'autre part au vieillissement progressif de la population et aux progrès techniques et scientifiques. La politique de Santé ne peut avoir comme objectif principal que le meilleur soin au bénéfice de la population. Toutefois, la crise économique et sociale, qui traverse l'ensemble des pays industrialisés depuis 1975, conduit à s'interroger sur l'organisation et le fonctionnement de systèmes qui absorbent, généralement, le tiers de la richesse nationale (produit intérieur brut). Or, le système de santé français tire l'essentiel de ses ressources financières de cotisations sociales obligatoires et non principalement de l'impôt. La progression continue du nombre de personnes inactives ou au chômage prive les organismes d'assurance sociale de recettes, assises principalement sur la rémunération du travail. Dans ces conditions, la politique de Santé s'inscrit dans un véritable marché de soins, constitué d'une demande de santé croissante confrontée à une offre de santé (établissements et professionnels de santé) en permanente restructuration. Malades économiquement du système de protection sociale, accusés parfois de gaspillages et d'abus, souvent impuissants face à la persistance d'inégalités et de disparités, la politique et le système de santé sont actuellement traversés par le doute<sup>287</sup> ».

#### 4 – La dimension économique de la politique de Santé

La politique de Santé évolue sur un terrain économique comprenant des établissements, des professionnels et des biens de santé ; le tout forme un "marché" où la "demande" de santé de la population se voit confrontée à une "offre" des "producteurs" de santé. Comme la santé n'est pas un produit comparable aux autres produits industriels ou commerciaux, l'État contrôle de manière stricte ce "marché", qui se voit financé par les cotisations sociales des entreprises et des assurés sociaux, dans le giron de l'Assurance Maladie gérée par la Sécurité sociale.

Le système de santé vise à réparer les dommages liés à la maladie et aux accidents et se superpose au système social fondé sur la Sécurité Sociale qui, elle-même, s'approvisionne dans l'économie générale. Le système de santé doit tenir compte de facteurs démographiques, sanitaires, économiques, comportementaux et environnementaux ; il s'appuie sur un socle économique et social plus ou moins favorable à son développement en fonction de la richesse nationale, du niveau d'instruction et de protection sociale de la population. Il existe essentiellement trois systèmes de santé. Le système bismarkien repose sur la solidarité professionnelle ; il est surtout financé par les employeurs et les assurés (France, Allemagne, Belgique, Pays-Bas). Le système beveridgien est basé sur la solidarité nationale et se voit en majeure partie financé par l'impôt (Royaume-Uni, Irlande, Suède, Portugal, Espagne, Italie, Grèce). Enfin, le système libéral est fondé sur le principe d'assurance individuelle et sur la concurrence des établissements de santé et des assureurs (États-Unis d'Amérique)<sup>288</sup>.

---

287 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 9.

288 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 65-66.

### Le "marché" de la santé comprend une "demande"...

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a procédé à la première analyse des systèmes de santé effectuée dans le monde (le 21 juin 2000), à l'aide de cinq indicateurs de performance. Sur les 191 membres de l'OMS, la France fournit les meilleurs soins de santé généraux, suivie de l'Italie, de l'Espagne, d'Oman, de l'Autriche et du Japon (les États-Unis arrivent au 37<sup>e</sup> rang). Pourtant, même dans notre pays, nous ne parvenons pas à réduire un certain nombre d'inégalités sociales, sanitaires et spatiales : les femmes bénéficient d'une espérance de vie à la naissance de 7 ans supérieure à celle des hommes (85 ans contre 78 ans environ)<sup>289</sup> ; sur le plan de la santé bucco-dentaire, les inégalités entre catégories sociales restent marquées ; les inégalités sont persistantes dans le groupe masculin "cadres - professions libérales" qui bénéficie d'une prime d'espérance de vie supérieure de 6,5 ans par rapport au groupe "ouvriers" ; les inégalités spatiales affectent aussi l'espérance de vie à la naissance qui varie de plus de 10 ans entre les zones d'emploi du Nord et du Sud de la France (période de 1988 à 1992)<sup>290</sup>, notamment « en raison des méfaits de l'alcoolisme, du tabagisme et des conditions climatiques<sup>291</sup> ». La population française n'a pas une idée bien précise de ce que coûte son système de Sécurité sociale et son système de soins car il y a un prélèvement indolore ("à la source") sur ses revenus : les cotisations sociales ne sont pas vécues comme un impôt ; les Français voient la santé comme un dû sans contrepartie financière réellement ressentie. Par exemple, l'hôpital est considéré comme gratuit, les soins de ville sont essentiellement remboursés par l'assurance obligatoire... La demande de santé est ainsi de plus en plus exigeante : on demande à la Médecine la plus grande efficacité possible avec le meilleur confort technique, l'allongement de la vie, le fait de mourir dans la dignité, voire au moment choisi... le tout sans aucun risque. Les Français demandent à leurs dirigeants politiques de leur garantir la "gratuité" des soins, aux chercheurs d'innover quotidiennement, aux juristes de fixer les règles et aux juges de sanctionner les erreurs ou les excès. L'exigence de progrès vaut ainsi pour le domaine technique et scientifique, mais aussi pour le domaine moral, éthique, juridique<sup>292</sup>... Toutes ces demandes, si compréhensibles soient-elles, car souvent justifiées, ont eu un impact très important sur les professionnels ou les établissements de santé qui « sont entrés dans l'ère de la vigilance. L'hôpital constitue [...] un milieu à risque pour les malades. Depuis 1993, on assiste à une création boulimique de sentinelles hospitalières [risques techniques, risques médicaux, hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance...] chargées de la veille, de l'alerte et de la riposte en matière sanitaire. De

289 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 73.

290 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 76.

291 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 84.

292 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 76-77.

plus, une véritable obsession conduit à enfermer les pratiques dans la précaution et l'information organisée, voire dans la paralysie et la tétanie professionnelle<sup>293</sup> ». Les établissements et les professionnels de santé voient leurs cotisations d'assurance en responsabilité civile augmenter sans cesse et de manière inquiétante, car cela se répercute sur les "usagers". Le patient tend à devenir un vrai "consommateur de santé", en phase avec une société matérialiste qui, quant à elle, tend à vouloir faire disparaître tous les risques (le fameux "risque zéro"). Il n'est pas certain qu'un "acharnement indemnitaire" et une propension très médiatisée à la "victimisation" soient de nature à conforter la relation de confiance qui doit prévaloir, d'une part entre le médecin et son patient, et d'autre part entre le citoyen et les gouvernants. Comme nous l'avons vu plus haut, il persiste des disparités en France : les besoins de santé sont accrus au Nord de la Loire et l'offre de santé reste hypertrophiée au Sud.

... et une "offre" de santé, parfois dispersée...

La densité des médecins varie du simple au double selon les départements : les plus fortes densités se retrouvent sur le pourtour méditerranéen (héliotropisme), en région parisienne et dans les grandes villes universitaires (Toulouse, Strasbourg, Lyon).

Tout d'abord, le système hospitalier français est constitué d'un secteur public et d'un secteur privée d'hospitalisation. Les dépenses globales d'hospitalisation (publique et privé) représentent plus de 4% de la richesse nationale, en employant environ 4% de la population active<sup>294</sup>. En 2009 les établissements de santé publics et privés ont pris en charge plus de 25 millions de séjours répartis en 12 millions d'hospitalisations à temps complet et 13 millions de séjours à temps partiel (moins de 24 heures). L'article L. 6111-1 du Code de la Santé publique<sup>295</sup> stipule que « les établissements de santé [publics, privés et privés d'intérêt collectif] assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. [...] Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et avec les services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence régionale de santé en concertation avec les Conseils Généraux. [Ces établissements] participent à la mise en œuvre de la politique de Santé publique et des dispositifs de vigilance garantissant la sécurité sanitaire. Ils mènent une réflexion éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale. [...] Ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie [...]. Les établissements publics et privés qui exercent des missions d'intérêt général [comme l'Hôpital Joseph-Ducuing] doivent assurer : la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement

---

293 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 80.

294 Ministère de la Santé, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), site [www.drees.sante.gouv.fr/](http://www.drees.sante.gouv.fr/) ; *Le Panorama des établissements de santé*, 2010.

295 Légifrance, service public de l'accès au droit ; site [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/) .

universitaire, post-universitaire et la recherche, le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers ; la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes, du personnel paramédical, ainsi que la recherche dans leurs domaines de compétence ; les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ; l'aide médicale urgente [...] ; la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ; les actions de Santé publique ; [...] les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-5 du Code de l'entrée du séjour des étrangers et du droit d'asile ; les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. Les établissements publics qui assurent des missions de Service Public sont, de plus, soumis au principe d'égalité des patients (non-discrimination) et de permanence du Service Public. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), à but non lucratif [anciennement qualifiés de participant au Service Public hospitalier (PSPH), comme l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie à Toulouse] participent au Service Public hospitalier, depuis 1970 ». Le secteur hospitalier public dénombre 983 hôpitaux (accueillant plus de 280 000 lits d'hospitalisation complète et 37 000 en hospitalisation partielle). Son histoire est calquée sur les évolutions de notre société à travers les époques : « Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple », disait en son temps (1760) le chirurgien Jacques René Tenon. Les Hôtels-Dieu ont été fondés dès le VI<sup>e</sup> siècle. Ils étaient gérés par les paroisses durant le Moyen Âge et jusqu'à la Révolution. Des soins assez sommaires y ont été dispensés jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, où la distinction a été faite entre les hôpitaux, accueillant des malades qui nécessitaient des soins techniques, et les hospices hébergeant les vieillards et les infirmes. Une loi de 1941 a modifié le statut des hôpitaux publics qui sont devenus des "établissements publics administratifs", puis des "établissements de santé" (en 1991). L'article L. 6141-1 du Code de Santé publique définit leur statut de personne morale de Droit public dotée d'une autonomie administrative et financière soumises au contrôle de l'État [aujourd'hui via les Agences régionales de Santé]. « Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial [il est important de le noter]<sup>296</sup> ». Concernant les établissements de santé privés, ils ont la spécificité d'être davantage à "taille humaine". En leur sein, 750 sont des établissements privés à but non lucratif [comme l'hôpital qui fait l'objet de ce travail de thèse] ; ils ont une capacité de plus de 60 000 lits. Ces établissements, à but non lucratif, sont administrés par des Fondations, par des Maisons à caractère confessionnel, par des Associations, par des Sociétés mutualistes, par des Caisses de Sécurité Sociale ou encore par la Croix-Rouge française ; pour la plupart (539 établissements, soit près de 50 000 lits), ils participent à des missions de Service Public. Un

---

296 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 88.

mot sur les établissements privés à but lucratif (un peu plus de 1000 au total pour quasiment 95 000 lits) : ils sont administrés par des sociétés civiles ou commerciales ou bien par des groupements d'intérêts économiques. Ils peuvent appartenir à des personnes physiques. Pour affronter une concurrence rude et acharnée (la "guerre des cliniques"), ils sont souvent obligés de se regrouper, parfois de manière "sauvage"<sup>297</sup>.

Les établissements de santé voient leurs activités évoluer. On observe : une plus grande proportion de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) du fait du vieillissement de la population ; une augmentation des soins de long séjour pour personnes âgées ; une nouvelle forme de prise en charge des malades par l'accroissement des hospitalisations à temps partiel (ambulatoire de jour et de nuit, unités de semaine) ; une activité croissante en Psychiatrie (dans les centres médico-psychologiques) ; enfin, le recours aux Urgences progresse de façon constante, en partie du fait du désengagement massif de la Médecine de ville dans ce secteur. Une concurrence, qui pénalise les patients, existe depuis longtemps entre établissements publics de santé, établissements privés, établissements publics et privés, surtout dans les domaines chirurgicaux ou obstétricaux. Afin de juguler cette concurrence, des lois hospitalières ont été votées : celle de 1991 a incité les établissements à constituer des groupements d'intérêt économique (GIE) pour la gestion d'équipements médicaux lourds (scanners, IRM, gamma caméras...). Plus récemment, en 2009, la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (dite HPST) a encouragé les coopérations entre établissements publics de santé sous la forme de communautés hospitalières de territoire (CHT), ou entre établissements de santé publics et privés avec les groupements de coopération sanitaire (GCS)<sup>298</sup>.

Globalement, les professions médicales et paramédicales se féminisent et voient leur démographie respective progresser sans arrêt ; elles se concentrent surtout en Île-de-France, en vallée du Rhône, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Languedoc-Roussillon et dans les grandes villes universitaires<sup>299</sup>. "L'offre" de soins est ainsi inégale sur le territoire français, et on voit peu à peu apparaître des déserts médicaux. Le "marché" de la santé n'est pas régulé par le prix, mais davantage par son coût qui est une préoccupation majeure de l'État à travers la Sécurité Sociale ; si ce "marché" a un intérêt économique important, il est également un enjeu politique de premier plan puisque la santé est l'une des priorités des Français.

### La régulation du "marché" de la santé

Le coût de la santé ne cesse d'augmenter et de peser sur le budget des ménages français : en 2008, les dépenses sociales représentaient plus du quart de la richesse nationale (produit intérieur brut). Des facteurs démographiques, sanitaires, socio-économiques, une

---

297 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 92.

298 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 93-94.

299 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 97.

exigence grandissante de sécurité et de qualité dans le domaine du soin, sont responsables de cette évolution. Durant les "Trente Glorieuses" (1945-1975), la toute jeune Sécurité Sociale a tiré tous les bénéfices d'une croissance économique nationale et mondiale. Mais après le "choc pétrolier" de 1973, cette croissance s'est ralentie et nous sommes entrés dans les "Trente Douloureuses". Les dépenses, dans les différentes branches de la Sécurité Sociale telles que la santé, la vieillesse, la famille ou l'emploi, ont continué à croître (davantage de retraités, de chômeurs...) plus rapidement que la richesse nationale. Le tout a engendré des déséquilibres structurels dans notre économie. Ainsi, le système de protection sociale n'arrive plus à se financer par les seuls revenus du travail. Le chômage de masse, qui constitue un "manque à gagner" pour la collectivité, a entraîné une accélération des dépenses de santé : utilisation massive de psychotropes, consommations de toxiques, dépressions, affections cardio-vasculaires (le stress est un facteur de risque cardio-vasculaire), cancers, tentatives de suicide<sup>300</sup>... Le chômage est la plus grande maladie de notre société contemporaine ! A l'échelon national et à l'échelon local, les acteurs de l'État organisent, contrôlent et pilotent le système de santé. « Si ce dernier devait être comparé à un véhicule automobile, la population constituerait les passagers, les prélèvements sociaux obligatoires (cotisations sociales) constitueraient le carburant, la Sécurité Sociale serait l'assureur, mais le conducteur serait l'État qui tiendrait le volant, choisirait la route (politique de Santé) et appuierait indifféremment sur les pédales d'accélérateur et de frein »<sup>301</sup>. Au plan national, le ministère de la Santé constitue l'administration centrale au sein de laquelle la Direction Générale de la Santé (DGS) a un rôle primordial dans les différentes composantes de l'action sanitaire. La direction générale de l'Offre de soins (DGOS) s'occupe des règles d'organisation et de fonctionnement administratif et financier des établissements de santé (notamment publics). L'Inspection générale des affaires sociales contrôle tout le champ sanitaire avec l'Inspection générale des finances (IGF). Les champs budgétaire et comptable sont gérés par la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes. Au plan local, la loi HPST ("Hôpital, patients, santé et territoires") de juillet 2009 a mis en place les Agences régionales de santé (ARS) rassemblant, à l'échelon régional, les moyens de l'État et de l'Assurance Maladie. Elles ont remplacé et regroupé les anciennes directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), les anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH), etc. Ces ARS sont des établissements publics de l'État, constituées d'un conseil de surveillance, présidées par le préfet de région et dirigées par un directeur général nommé en Conseil des ministres. Elles ont un caractère administratif et mettent en œuvre la politique de Santé publique à l'échelle d'une région. Elles régulent, orientent et organisent "l'offre" des services de santé en concertation

---

300 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 98-99.

301 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 100.

avec les professionnels concernés<sup>302</sup>. L'État a un objectif de régulation économique de ses dépenses sanitaires sans pour autant porter atteinte à la qualité des soins ; ces dépenses sont financées en majeure partie (environ aux trois quarts) par les cotisations sociales obligatoires versées par les employeurs et les salariés. L'État a mis en place des instruments de maîtrises quantitatives et qualitatives sur lesquels nous passerons brièvement. Dans le cadre d'un schéma régional de l'organisation des soins (SROS), les créations, les transformations, les reconversions ou les fermetures de lits hospitaliers, d'équipements médicaux ou d'activités de soins, sont soumises à une autorisation préalable de l'ARS ou du ministère de la Santé. Ainsi l'État se réserve le droit d'intervenir sur la gestion médicale des établissements de santé. Le projet d'établissement comprend le projet médical qui définit, pour cinq ans, les orientations stratégiques de la structure hospitalière en question. Autre exemple : une loi de 2004 relative à l'Assurance Maladie a été votée afin de maintenir un système de santé solidaire et de renforcer la qualité des soins, le tout au bénéfice des patients. Il s'agit de l'évaluation de l'accréditation des médecins (avec l'évaluation des pratiques professionnelles) et de la procédure de certification des établissements de santé (place centrale accordée au patient, sécurité des soins, qualités des prestations hospitalières), menées à bien par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces procédures visent à : évaluer l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux, des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'Assurance Maladie ; promouvoir les bonnes pratiques, le bon usage des soins auprès des professionnels et des usagers de santé ; améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ; veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ; développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger<sup>303</sup>.

### Le financement par la Sécurité Sociale

Au sein de l'évolution des dépenses courantes de santé, trois tendances se dessinent : la diminution de la part de l'hôpital, la quasi-stabilité des soins ambulatoires et l'augmentation du poids des médicaments. La pression exercée sur le secteur hospitalier a trouvé un exutoire naturel dans la médecine ambulatoire de ville. Les réformes de la Sécurité Sociale de 1996 et de 2004 ont renforcé les dispositifs de maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie (exemple : déremboursements de certaines spécialités pharmaceutiques et encouragement à prescrire des génériques). En 1996, une loi organique (n°96-646) stipule que la loi de financement de la Sécurité Sociale, adoptée au Parlement sur proposition du Gouvernement, fixe un objectif national de dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) ; celui-ci définit un cadre global qui s'imposera ensuite aux différents secteurs : médico-social, hospitalier public, privé et médecine

---

302 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 101-102.

303 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 103-104.

de ville<sup>304</sup>. Des réformes importantes ont bouleversé le mode de financement des établissements de santé publics et privés. Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financements différents selon leur nature juridique. Ainsi, depuis 1983, les établissements publics de santé et les établissements privés participant au Service Public hospitalier recevaient une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, appelée dotation globale. Elle était calculée selon le nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, le tout étant modulé d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Une part infime du budget était négociée entre tutelle et établissement. Les établissements de santé privés à but lucratif, quant à eux, facturaient directement à l'Assurance Maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec les Agences régionales d'hospitalisation. Les forfaits de prestations étaient encadrés par des objectifs quantifiés nationaux visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité<sup>305</sup>. Depuis, la tarification à l'activité (instaurée entre 2004 et 2008), appelée "T2A", constitue le mode unique de financement pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) des établissements publics et des établissements privés. Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes. Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le Ministre chargé de la Santé à l'aide des mécanismes suivants : un programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un "groupe homogène de malades" (GHM) auquel est associé un (ou plusieurs) "groupe(s) homogène(s) de séjour" (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'Assurance Maladie. L'entrée en vigueur de la campagne tarifaire 2008, au 1<sup>er</sup> mars de la même année, a produit des effets liés à deux processus précédemment évoqués : le passage à 100% de la part tarifée, fondée sur l'activité réelle des établissements, lève le frein, pour les plus dynamiques d'entre eux, à l'essor de leur volume d'activité et les incite à développer plus encore leur champ d'action ; les coefficients de convergence tendent progressivement vers 1 au vu de la situation financière de l'établissement : une augmentation si l'établissement est "sous doté", une diminution si l'établissement est "sur doté". Cette convergence intra-sectorielle assure l'équité dans le financement des établissements de santé : une pathologie = un tarif unique. Elle les incite à maîtriser davantage leurs coûts, par le biais notamment d'une meilleure organisation et d'une recherche d'efficacité. Quant à la convergence intersectorielle (entre le secteur public et le secteur privé), dont le principe est également inscrit dans la Loi, sa mise en œuvre est conditionnée à une exacte connaissance des

---

304 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 113-114.

305 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 115.

écarts de coûts entre les deux secteurs<sup>306</sup>.

### 5 – Pour conclure sur la Santé publique

La politique de Santé doit avoir une ambition indéfectible : sauvegarder les acquis d'un système de santé que le monde entier nous envie tout en luttant contre certaines inégalités (qui perdurent), le gaspillage et les dysfonctionnements. La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. Dans le contexte de crise économique et de chômage de masse que la France et d'autres pays "riches" du monde traversent, notre système de soins, et plus généralement de protection sociale, se trouvent en danger. Hormis la Sécurité Sociale, pendant longtemps, chacun trouvait son contentement dans le système inflationniste du financement hospitalier : les patients, les directeurs d'établissements qui les géraient sans véritables contraintes budgétaires, les médecins hospitaliers qui ne se considéraient pas comme des ordonnateurs de dépenses, pas plus qu'ils ne se prenaient pour des comptables de la Sécurité Sociale ; pour les élus locaux, l'hôpital était source de prestige et, enfin, les fournisseurs de biens et de services ne pouvaient, quant à eux, pas se plaindre d'un "marché" aussi florissant. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, l'Assurance Maladie voit ses dépenses s'accroître ; il en est de même pour la branche vieillesse qui a de plus en plus de mal à financer les retraites. C'est un paradoxe : le système de Sécurité sociale est "malade" de la trop bonne santé de notre système sanitaire. L'écart se creuse profondément entre ceux qui se réclament de la "démocratie" (élus locaux, population, médias) et ceux que l'on classe parmi les "technocrates" (représentants de l'État, directeurs hospitaliers et d'Agences régionales de santé). Les premiers ont tendance à nier le coût croissant du système de soins et la réduction des moyens : ils n'acceptent pas les fusions, les concentrations hospitalières, la fermeture des petites Maternités ou des petits services d'Urgence. Les seconds ne comprennent pas la réalité des pesanteurs loco-régionales concernant les rapprochements, les fusions des structures hospitalières. Les Français se soucient réellement de leur santé sociale (emploi, sécurité), mais leur santé physique et mentale reste leur première préoccupation. Bien que souvent vidée de sa substance, la formule de politesse « Comment vas-tu ? » a encore de beaux jours devant elle<sup>307</sup>.

---

306 J. DE KERVASDOUÉ, opus cité ; p. 23 à 28.

307 B. BONNICI : *La Politique de Santé en France* (opus cité) ; p. 120 à 123.

### **Annexe 3 : Varsovie avant Varsovie...**

L'*Hospital Varsovia* est fondé à Toulouse en 1944. Mais les médecins, les infirmiers, le personnel administratif participant à cette aventure sont espagnols, comme les patients qu'ils accueillent... Ces populations ont été jetées sur les chemins de l'exil par la Guerre d'Espagne. En France, ils ont traversé la Seconde Guerre mondiale, vécu l'Occupation, parfois la déportation, participé souvent à la Résistance. La Libération a ranimé leur espoir... Il n'est pas question de retracer, dans le cadre de cette étude, l'histoire de ces drames majeurs du vingtième siècle. Mais comment comprendre le désarroi des individus et des familles dispersés, comment comprendre les motivations des fondateurs déterminés à leur venir en aide, sans les évoquer ?

#### **Annexe 3.1 : A – Au commencement, il y a la Guerre d'Espagne...**

L'Espagne vit son apogée au XVI<sup>ème</sup> siècle. Après la gloire du "Siècle d'Or", le royaume connaît un long déclin... Au XIX<sup>ème</sup> siècle, ses colonies américaines accèdent à l'indépendance et les guerres civiles, où se mêlent revendications politiques, économiques et régionales, ponctuent son histoire. Le latifundisme accule à la misère un prolétariat rural nombreux. Et la révolution industrielle est un échec, sauf en Catalogne (textiles) et au Pays Basque (sidérurgie, mécanique) ; mais la condition des rares ouvriers est souvent misérable... Ces masses se radicalisent, se tournant vers le socialisme ou l'anarchisme. Les mouvements syndicaux sont puissants. La Confédération Nationale du Travail (CNT), anarchiste, très implantée en Andalousie et en Catalogne, domine l'Union Générale du Travail (UGT), marxiste, présente surtout à Madrid et au Pays Basque. Tout au long du siècle, l'Église se détourne du rôle social qui a été longtemps le sien, pour s'allier aux puissants ; le sentiment de trahison explique l'anticléricalisme d'une partie des humbles. Dès le début du XX<sup>ème</sup> siècle, les violences se multiplient. La contestation gagne, nourrie des espoirs de la révolution soviétique, et la réaction s'organise. La monarchie achève de se discréditer : on multiplie les constitutions et les généraux prennent de plus en plus d'importance. L'armée, pourtant, subit l'humiliation de la perte de Cuba et des Philippines, et connaît des revers en Afrique du Nord. Les officiers s'organisent en *juntas* ; certains nourrissent le rêve de régénération de l'Espagne<sup>308</sup> ...

Après son pronunciamiento (septembre 1923), le général Primo de Rivera reçoit du roi Alphonse XIII les pleins pouvoirs. Cette "dictature douce" est d'abord bien acceptée, d'autant qu'elle remporte des succès militaires et économiques. Mais la situation se dégrade dès 1927. Les Catalans, les intellectuels (Miguel de Unamuno, Ortega y Gasset), les syndicats, les officiers, pour diverses raisons, ne soutiennent plus le dictateur... Primo de Rivera est poussé à la démission ; deux militaires lui succèdent, sonnant le glas de la monarchie...

---

308 Bartolomé BENNASSAR : *La Guerre d'Espagne et ses lendemains* ; (Perrin, Paris, 2004). p. 11 à 26.

Les élections municipales du 12 avril 1931 sont remportées par les Républicains. Deux jours plus tard, sous la pression des Madrilènes, la Deuxième République est proclamée. Malgré sa naissance inconstitutionnelle, le nouveau régime est rapidement accepté car il bénéficie de nombreux soutiens, y compris dans les rangs de l'armée. Sans abdiquer, le roi s'exile. Le clergé espagnol reste divisé, mais le pape Pie XI reconnaît la République. Les réactions les plus hostiles viennent des communistes et des anarchistes de la CNT et de la Fédération Anarchiste Internationale. Le Parti Socialiste Ouvrier Espagnol et ses alliés remportent les élections et forment la majorité de l'Assemblée Constituante ; le 9 décembre 1931, la Constitution de la République est adoptée. Celle-ci affirme l'égalité des citoyens : les femmes votent dès 1933... L'Espagne reste un État intégral dans lequel les autonomies régionales peuvent s'organiser.

Mais la Constitution est violée dès juin 1932 : le gouvernement dirigé par Azaña interdit les meetings de l'*Accion Popular* de Gil Robles (droite). Suit le *pronunciamiento* du général Sanjurjo, commandant de la garde civile, qui échoue. Et, surtout, la "révolution d'octobre 1934" : Lluís Companys i Jover, président de la *Generalitat*, revendique la souveraineté de la Catalogne dans une Espagne fédérale ; il est arrêté par Madrid avec Francisco Largo Caballero, ministre du Travail (membre de l'UGT et du PSOE, Parti Socialiste Ouvrier Espagnol). Aux élections de 1933, la Confédération Espagnole des Droites Autonomes, de Gil Robles, l'avait emporté ; elle revendique trois ministères. Les gauches y voient un danger fasciste et appellent à l'insurrection en octobre 1934. Celle-ci prend de l'ampleur dans les Asturies avant d'être brutalement réprimée avec le concours de Franco, adjoint du ministre de la Guerre : plus de mille morts, 30 000 arrestations... Mais la véritable raison du désenchantement populaire pour la "République bourgeoise", c'est la timidité de la mise en œuvre de la loi de réforme agraire adoptée par les Cortes en septembre 1932<sup>309</sup>.

Le gouvernement de Manuel Azaña a d'autres priorités : il s'efforce d'intégrer l'Espagne dans une Europe démocratique. Un million d'enfants n'étaient pas scolarisés en 1911... L'effort principal est consenti pour l'éducation et la culture : 7 000 nouvelles écoles sont ouvertes. Mais la question religieuse reste très sensible et les réformes ne ménagent pas l'Église : interdiction aux congrégations d'enseigner, les édifices culturels deviennent propriétés publiques ; quelques couvents flambent... Malgré tout, même si elle heurte des intérêts et des mentalités, la modernisation du pays est réelle. Le statut de la Catalogne, la création d'un impôt progressif sur le revenu, les progrès sociaux (salaire minimum, journée de huit heures, assurances maladie et accidents) sont des succès. Politiquement, en 1932, on s'achemine vers un certain apaisement...

Pourtant, l'année suivante, les socialistes se retirent du gouvernement et les Cortes sont dissoutes. Aux élections d'octobre 1933, les droites rassemblées dans le CEDA de Gil Robles

---

309 Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 31 à 41.

trionphent. Le président Alcalá Zamora refuse au vainqueur de le nommer chef du gouvernement ; il choisit Alejandro Lerroux, leader du Parti Républicain Radical. Quand celui-ci propose, en octobre 1934, la nomination de trois ministres issus de la CEDA, c'est la révolution : le jeu démocratique a du mal à s'imposer. Les grèves se multiplient, le débat politique se radicalise. Des mouvements fascistes, ayant clairement pour but de renverser la République par la force, s'organisent. La Phalange espagnole, fondée par José Antonio Primo de Rivera – le fils du dictateur – et José Ruiz de Alda fusionne avec les Juntas Offensives National-Syndicalistes... José Calvo Sotelo, ancien ministre de la dictature, rentre d'exil. L'Union Militaire Espagnole (UME) conspire.

Les nationalistes basques, pourtant catholiques et souvent conservateurs, se rapprochent des Catalans dans le soutien à la gauche républicaine, mais également dans la contestation de l'État central. Dépourvue de leaders charismatiques, la droite parlementaire soutient la politique réactionnaire du gouvernement Lerroux, qui revient sur les avancées sociales des années précédentes. Le Président de la République dissout de nouveau les Cortes fin 1935<sup>310</sup>.

Les élections sont fixées au 16 février 1936. Mais l'engrenage de la guerre civile est en marche. Les leaders de l'extrême droite multiplient les appels à l'insurrection et l'extrême gauche espère la "révolution totale". La force des idéologies, les nationalismes, les luttes religieuses et sociales divisent le pays. Gil Robles et Manuel Azaña, chacun dans son camp, sont isolés dans leur refus de la violence et de la tragédie qui s'annonce.

Les partis nationalistes (catalans, basque et galicien), la CEDA et la Phalange présentent des candidats. Devant le sentiment de danger, le Front populaire unit les forces de gauche, avec le soutien partiel des anarchistes. Il remporte une courte victoire, amplifiée aux Cortes par la loi électorale (278 sièges sur 473).

Manuel Azaña forme le nouveau gouvernement, sans participation du PSOE. Élu en mai Président de la République, il souhaite proposer à Indalecio Prieto (PSOE) de lui succéder ; mais les oppositions stratégiques entre les dirigeants du parti tournent à l'affrontement violent. Quiroga est nommé chef du gouvernement. Les condamnés de 1934 sont amnistiés, le statut d'autonomie de la Catalogne est confirmé et la réforme agraire accélérée mais sa mise en œuvre est désordonnée. Des grèves éclatent, les violences (sabotages, incendies etc.) se multiplient, allant jusqu'aux actes sanglants (Valladolid, Grenade...). « De février à juillet, la lutte pour le pouvoir est passée des *Cortes* à la rue, aux clubs et aux mess des officiers<sup>311</sup> ». Dans un discours prononcé à Cuenca le 1<sup>er</sup> mai, Prieto s'alarme : « Un pays peut supporter la convulsion d'une révolution, quel que soit le résultat ; mais ce qu'il ne peut

---

310 Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 47 à 51.

311 Raymond CARR, historien anglais, in Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 61.

supporter c'est l'hémorragie constante du désordre [...], l'usure de la puissance publique et de la vitalité économique par la prolongation de l'agitation, de l'angoisse, de l'inquiétude.<sup>312</sup> »

Les conspirations militaires de l'UME se précisent. Elles sont animées par les généraux Mola, Goded, Queipo de Llano, Sanjurjo et les lieutenants-colonels Yagüe et Galarza ; le général Franco hésite... L'assassinat du député monarchiste Calvo Sotelo (12 juillet) le décide. Le Mouvement débute au Maroc le 17 au soir. Le lendemain, 18 juillet 1936, Franco revient des Canaries où il avait été éloigné et déclare l'état de guerre : l'insurrection s'appuie sur l'Andalousie et la Navarre. Le 19, elle gagne la Vieille Castille. Elle échoue à Madrid : les soldats restent loyaux envers le gouvernement mais la capitale est meurtrie (pillages, églises incendiées, assassinats...). De même Barcelone, Valence, le Pays Basque et les Asturies restent fidèles à la République. La guerre civile a commencé.

Deux camps se font face dans la haine. Le territoire est partagé en deux parties sensiblement égales, la République contrôlant la partie industrielle (Catalogne, Pays Basque), les insurgés la production agricole et la pêche. L'armée est divisée aussi. Les Milices républicaines, enthousiaste mais pas toujours disciplinées, sont encadrées par des officiers de métier moins nombreux et l'unité de commandement ne peut être réalisée. Les Nationalistes disposent d'un meilleur encadrement et de troupes de choc : régiments coloniaux redoutables et Légion étrangère créée par le colonel Millán-Astray ; les "Maures" sèment la terreur. La même asymétrie s'observe parmi les dirigeants politiques. Franco n'a pas de mal à maintenir l'unité du Mouvement de Burgos ; le sauvetage de l'*Alcázar* de Tolède (septembre 1936) est habilement exploité à son profit et la mort précoce d'un certain nombre de rivaux consolide également son autorité. Idéologiquement inspiré par le fascisme italien, il mène une "croisade" contre le communisme au nom de "l'Espagne éternelle"; soutenu par l'Église – mais pas unanimement, pas au Pays Basque, par exemple –, le régime évoluera plus tard vers une sorte de national-catholicisme<sup>313</sup>... Les Républicains, en revanche, ne savent jamais taire leurs divergences, même dans l'urgence des périls. Les gauches "bourgeoises", le PSOE, les anarchistes, le PCE (Parti Communiste Espagnol) et le POUM (Parti Ouvrier d'Unification Marxiste, trotskiste) ne réussissent à collaborer que sous l'autorité éphémère de Francisco Largo Caballero. Ces deux Espagnes s'affrontent militairement, mais aussi par la propagande (radio, journaux etc.). Elles ne se ressemblent que dans la férocité des représailles : dans les régions conquises ont lieu des exactions, des pillages, des exécutions sommaires en raison de ce que l'on a fait, mais aussi de ce qu'on est, de sa condition sociale. La terreur rouge répond à la terreur blanche : massacres de Malaga, de Grenade où García Lorca est fusillé en août 1936, des Baléares... Georges Bernanos

---

312 Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 65.

313 Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 305 à 323.

se révolte contre ces crimes dans *Les Grands Cimetières sous la lune*<sup>314</sup>.

La recherche d'armes et d'alliés est la préoccupation des belligérants. Le principe de non-intervention de l'été 1936 est bafoué cyniquement par les États totalitaires et contourné par le biais de sociétés-écrans par les démocraties occidentales. Franco, qui « lutte contre la démocratie corrompue [...] et les forces destructrices du communisme<sup>315</sup> », sollicite l'aide de l'Italie fasciste et de l'Allemagne nazie. Hitler envoie rapidement des bateaux, des chars, des avions, des armes légères, 15 000 volontaires et les 6 500 hommes de la Légion Condor qui s'illustreront sinistrement dans le bombardement de Guernica (26 avril 1937). Mussolini fournit aussi de l'aviation, des blindés, du matériel et des munitions ainsi que 40 000 combattants environ. De même les Portugais et les Irlandais envoient de forts contingents. Ces aides sont à moitié offertes, à moitié vendues à crédit – la dette à l'égard de l'Italie ne sera éteinte qu'en 1960 – ; ces renforts étrangers coûtent aussi politiquement fort cher et l'Espagne devient le champ de manœuvres de la Seconde Guerre mondiale... Pour le camp républicain, le soutien le plus massif, en armement et en volontaires, vient de l'URSS. Ralenties par les débats parlementaires et la crainte de la guerre, les démocraties occidentales répondent plus timidement ; les principaux renforts humains (Brigades Internationales) et matériels viennent de France et des États-Unis mais ils ne rétablissent pas l'équilibre... Les réserves d'or de la banque d'Espagne sont transférées en paiement à Moscou qui en reverse une partie en Occident. La contribution indispensable de l'URSS à l'effort de guerre se traduit aussi politiquement. Contrairement aux affirmations qui servaient de prétexte à l'intervention de Franco, il n'y avait en juillet 1936 aucun "danger marxiste"<sup>316</sup>. En revanche les agents staliniens s'emploient par la suite à noyauter le gouvernement républicain : l'un des épisodes les plus noirs du conflit se déroule à Barcelone en mai 1937. Le gouvernement d'union des forces républicaines présidé par Largo Caballero est formé le 4 septembre 1936 ; il tombe le 15 mai à la suite d'affrontements violents dans la capitale catalane entre communistes et anarchistes : on parle de "guerre civile dans la guerre civile". Les trotskistes du POUM et les anarchistes ne participent plus au gouvernement suivant (Negrin) et un procès leur est fait pour collusion avec le fascisme ! José Diaz et les ministres membres du PCE condamnent la machination ; l'opinion internationale s'émeut.

Les défenseurs de la République font preuve de courage, d'héroïsme et connaissent même le succès avec la longue résistance madrilène et la victoire de Guadalajara (mars 1937). Mais la guerre d'usure qui fait rage pendant presque trois ans est un long calvaire. La campagne du Nord (avril à octobre 1937) – combats pour Bilbao, campagne de Santander et opération des Asturies –, avec ses batailles associées de Brunete et Belchite permet aux nationalistes de

---

314 Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 108.

315 Lettre de Franco à Hitler ; in Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 137.

316 Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 58.

fermer la frontière basque. On se bat aussi sur mer et dans les airs. A Madrid, on prend des mesures de rationnement ; la famine menace Barcelone qui accueille un million de réfugiés. Teruel est l'enjeu de terribles combats dans un hiver rigoureux (décembre 1937 - février 1938). La bataille épique de l'Ebre (juillet à novembre 1938) décide du sort de la guerre sous une chaleur torride.

La fin de la République prend la forme d'une tragédie en trois actes<sup>317</sup>. Chute de Barcelone (26 janvier 1939), capitulation de Madrid en proie aux discordes (28 mars), impasse d'Alicante (31 mars). Franco, qui a refusé tout accord avec les vaincus, déclare la guerre terminée le 1<sup>er</sup> avril 1939. Mais les regards internationaux s'étaient déjà détournés de l'Espagne : l'Allemagne nazie a déclaré l'Anschluss avec l'Autriche (mars 1938), les accords de Munich (septembre) permettent l'annexion des Sudètes, suivie de l'invasion de la Bohême-Moravie (mars 1939)... La Seconde Guerre mondiale commence.

### **Annexe 3.2 : B – La *Retirada*, l'exil.**

La Guerre d'Espagne a été le terrible laboratoire idéologique du XX<sup>ème</sup> siècle. Déclenchée à l'initiative du général Franco et de ses complices, elle s'achève sur un bilan catastrophique : 350 000 morts sur une population de 25 millions, auxquels il faut ajouter les 200 000 Républicains exécutés dans « une répression scandaleuse par son ampleur et sa durée.<sup>318</sup> ». La population en sort profondément meurtrie et divisée. Le pays est ruiné.

Les erreurs, les fautes avaient été multipliées par les dirigeants des deux camps. Mais les responsables restent privilégiés même dans la défaite. Rien de tel pour les humbles, les modestes exécutants, les simples victimes. Pour ces petites gens, dont nous retrouverons certains visages à *Varsovie*, pour les médecins qui choisissent de les secourir, rien ne vient adoucir la détresse si ce n'est l'illusoire espoir de retour.

Les populations du Nord (Pays Basque, Asturies) prennent les chemins de l'exil dès 1936 ; certains transitent par la France pour reprendre les combats du côté de Barcelone. Les Aragonais franchissent à leur tour les Pyrénées en 1938. La chute de la Catalogne déclenche la *Retirada*, exode d'un demi million de personnes, civils et combattants, dans l'hiver 1939 (janvier-février). « Les femmes, les gamins, les hommes, le bétail marchaient au long des chemins, à travers les campagnes gelées, sur la neige mortelle des montagnes. Sur les têtes des fuyards passaient les avions impitoyables ; une armée ivre de sang les poussait à l'arrière. [...] De pauvres gens étaient encombrés de baluchons misérables [...]. Aux portes de la France une file sans fin de fugitifs épuisés et en quête de sécurité attendait qu'on les laisse entrer.<sup>319</sup> » Ceux du Levant tentent de passer en Algérie.

---

317 Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 241.

318 Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 467.

319 Arturo BAREA ; in Bartolomé BENNASSAR, opus cité ; p. 244.

Les fugitifs sont "accueillis" dans des camps des Pyrénées-Orientales organisés en urgence, puis dans d'autres camps spécialisés du Sud. « On nous a amenés à Saint-Cyprien. Je n'avais jamais vu la mer et maintenant, je l'avais à vingt-cinq mètres. Il y a eu une grande tempête, des vagues énormes et on pouvait penser que la mer allait emporter le baraquement et nous avec. [...] Cela a duré toute la nuit.<sup>320</sup> » Les autorités sont débordées. Les conditions d'accueil, par des froids rigoureux, y sont précaires, l'hygiène problématique ; les épidémies se multiplient. Seuls ceux qui ont déjà des parents en France peuvent en sortir. Les journaux se mobilisent pour aider à regrouper des familles ; le cas des enfants évacués est particulièrement crucial. En août 1936, le Comité International de Coordination et d'Information pour l'Aide à l'Espagne Républicaine est créé à Paris<sup>321</sup>. D'autres organisations suivent...

Certains réfugiés choisissent les Amériques ou l'URSS. Au Mexique, dans le Royaume-Uni ou dans les pays de l'Est, les partis se réorganisent. La *Junta Española de Liberación*, née au Mexique, représentée à Toulouse, et la *Unión Nacional Española*, créée à Montauban à l'appel du PCE, préparent le retour à la démocratie ; mais elles s'opposent l'une à l'autre... « Les exilés espagnols de la Guerre civile ont emmené avec eux la Deuxième République, avec ses institutions, ses partis politiques et, surtout, ses divergences que l'exil n'a pas effacées<sup>322</sup> ».

### **Annexe 3.3 : C – La Seconde Guerre mondiale : Occupation et Résistance.**

Les troupes allemandes entrent en Pologne le 1<sup>er</sup> septembre 1939. Le Royaume-Uni et la France déclarent la guerre à l'Allemagne mais, pendant huit mois, c'est la "drôle de guerre". Sur le sol français, les étrangers ont obligation de travailler ; ils sont recrutés dans les Compagnies de Travailleurs, encadrées par des militaires, et très peu payés<sup>323</sup> ; ils remplacent partiellement les hommes mobilisés. Certains acceptent de s'engager dans la Légion ; d'autres le font par le biais des Régiments de Marche des Volontaires Étrangers. C'est ainsi, par exemple, qu'un millier d'Espagnols de la mythique 13<sup>e</sup> Demi-Brigade de la Légion Étrangère participent à l'expédition de Narvik (mai-juin 1940), que les rescapés rejoignent l'Angleterre et qu'on les retrouvera dans l'assaut final contre Berchtesgaden<sup>324</sup>...

La "guerre éclair", appuyée sur les blindés et l'aviation, que les Allemands déclenchent à l'Ouest le 10 mai 1940, met en déroute les Alliés et pousse les populations sur les routes de l'exode ; Toulouse en accueille un grand nombre. Le maréchal Pétain, nouveau président du Conseil, demande l'armistice à Hitler le 17 juin. Le lendemain, 18 juin, le général de Gaulle appelle, de Londres à la Résistance.

---

320 Témoignage de Carmen NAVARRO ; in Juli ESTEVE et Álvar MARTÍNEZ VIDAL, opus cité.

321 Dolores VILLAR-BASANTA : *L'Hôpital Varsovie, 1944-1950*, mémoire de D.E.A., Etudes ibériques ; (Université du Mirail, Toulouse, 1997), p. 30.

322 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 5.

323 Dolores VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 6.

324 Bartolomé BENASSAR, opus cité ; p. 448 à 453.

Après la signature de l'armistice, le 22 juin 1940, la France vaincue est divisée en cinq zones : la zone annexée (Alsace, Moselle), la zone rattachée à la Belgique (Nord, Pas-de-Calais), la zone occupée (moitié Nord et côte atlantique), séparée par une ligne de démarcation de la zone non occupée, dite "libre", qui relève du gouvernement de Vichy et, enfin, la zone d'occupation italienne (cantons alpins). Après le débarquement des Alliés en Afrique du Nord, l'armée allemande – Wehrmacht et troupes SS – occupe l'ensemble ; elle entre à Toulouse le 11 novembre 1942.

Le maréchal Pétain, secondé par Laval, engage l'État Français dans la "Révolution Nationale" : « Travail, Famille, Patrie ». Dès l'été 1940, le gouvernement de Vichy déchoit de la nationalité française ceux qui ont été naturalisés après 1927 ; il instaure le "statut des juifs", ferme la frontière franco-espagnole et incite au retour...

Il collabore activement avec l'occupant. Celui-ci exige une contribution à l'effort de guerre et des réquisitions en nature (nourriture, vêtements, chauffage, métaux etc.). Le rationnement qui en résulte, aggravé par la pénurie provoquée par la guerre, est difficile à supporter pour la population. Ceux qui en ont les moyens peuvent contourner l'insuffisance des tickets en ayant recours au marché noir, mais il ne s'agit que d'une minorité. Et il y a la peur de la police, de la milice (créée en 1943), de l'armée d'occupation, de la Gestapo, des prises d'otages, des tortures, de la déportation... Certains se sentent encouragés dans le racisme (antisémitisme particulièrement) et la xénophobie : un courrier d'Auzielle dénonce « la sale clique des communistes qui viennent s'installer chez nous, et qui font de la propagande antinationale contre Vichy<sup>325</sup> ».

Le sentiment est d'autant plus méprisable qu'il est injuste : pour les réfugiés déracinés, vivant dans le dénuement, parfois dans la clandestinité, la misère est plus dure encore. Toulouse compte une forte communauté d'Italiens, d'Espagnols, d'Allemands antinazis ou juifs.

Après des services plus ou moins volontaires, encouragés dans le but de permettre le retour des prisonniers de guerre français, le Service du Travail Obligatoire est instauré en février 1943. Cela aggrave encore la situation des étrangers que Vichy utilise en priorité.

Et, tout au long, règne la terreur... Les Nazis déportent des populations pour motifs raciaux (génocides juif et tsigane) et des individus pour des raisons diverses (politiques, sexuelles...). La rafle du vélodrome d'hiver, durant l'été 1942, se poursuit jusque dans la zone Sud. La protestation de Monseigneur Saliège, qui éprouvait pourtant du respect pour Pétain, est lue le 23 août : « [...] que les membres d'une même famille soient séparés les uns des autres et embarqués pour une destination inconnue, il était réservé à notre temps de voir ce triste spectacle. Dans notre diocèse, des scènes d'épouvante ont eu lieu, dans les camps de Noé et du

---

325 Lettre, 1940, Archives Départementales de la Haute-Garonne ; in D. VILLAR-BASANTA, opus cité ; p. 7.

Récébédou... »<sup>326</sup>. Un fort pourcentage d'étrangers est touché, d'autant plus que les autorités de Vichy collaborent à leur déportation pour "protéger" les Français. Les Espagnols sont envoyés à Mauthausen, puis Gusen, mais aussi à Ravensbrück, Dachau, Bergen-Belsen, Buchenwald et ailleurs. Sur leur poitrine est cousu le plus souvent un triangle rouge (désignant les communistes, les socialistes, les résistants), marqué de la lettre S (parfois SP), pour *Spanien*.

La Résistance rassemble des femmes et des hommes venus d'horizons divers. Le patriotisme, les opinions politiques, les croyances religieuses, les sentiments humains conduisent les résistants à refuser l'ordre de Vichy et du système nazi. Les réfugiés politiques y prennent toute leur place. La Librairie du Languedoc, de Silvio Trentin (Professeur de Droit de l'Université de Padoue), est le lieu de rencontre des Professeurs Soula, Ducuing, Bugnard, Guilhem et Canguilhem : parmi les autres résistants, les médecins sont bien représentés, dès le début<sup>327</sup>. Résister n'est pas forcément organiser des actions d'éclat : la Résistance est d'abord clandestine, s'occupe de renseignements, soutient le moral, imprime des journaux, comme *Libérer et Fédérer*, imprimé chez Castellvi et Lion. "Libération" – où militent François Verdier et Jean-Pierre Vernant –, "Combat", le "CAS" – de Raymond Naves et Sylvain Dauriac –, "Franc-Tireur", et d'autres, sont autant de mouvements nationaux présents à Toulouse. La région est un nœud important pour le passage des Pyrénées (Ariège, Val d'Aran)...

Les communistes – et les *guerrilleros* –, engagés dès le début mais désarçonnés par le pacte germano-soviétique, sont libérés dans leur action par l'invasion allemande de l'URSS (22 juin 1941). L'attaque de Pearl Harbor par les Japonais (7 décembre 1941) hâte l'entrée en guerre des États-Unis. La bataille de Stalingrad (juillet 1942 - février 1943) est un tournant décisif. La Résistance, dont l'espoir se trouve ainsi conforté, doit se structurer, s'organiser dans l'ombre, malgré les dangers. C'est le travail du Conseil National de la Résistance (CNR), à partir de 1943. Vient alors le temps des maquis – nombreux en région toulousaine –, renforcés par le refus du STO (Service du Travail Obligatoire). On poursuit la collecte de renseignements et la lutte armée s'amplifie : sabotages, attentats, guérilla...

Dans ces combats, les Espagnols, très nombreux, et les autres réfugiés politiques et économiques s'engagent le plus souvent chez les Francs-Tireurs Partisans ou dans l'organisation Main-d'Œuvre Immigrée ; le rapprochement de ces deux groupes forme les FTP-MOI. Dans la région toulousaine, les *guerrilleros* de Rios, Gomez puis Fernandez gardent souvent leur autonomie et dépendent de l'*Unión Nacional Española* ; mais, à Toulouse, où ils sont commandés par Linares puis Joachim Ramos, on les retrouve proches de la 35<sup>ème</sup> Brigade FTP-MOI "Marcel Langer" ; à partir de juillet 1944, un regroupement plus important est dirigé

---

326 Michel GOUBET et Paul DEBAUGES : *Histoire de la Résistance dans la Haute-Garonne* ; (Milan, Toulouse, 1986), p. 30.

327 Michel GOUBET et Paul DEBAUGES, opus cité ; p. 18.

par Luis Bermejo<sup>328</sup>. Certains Espagnols choisissent les Forces Françaises de l'Intérieur (FFI). D'autres, enfin, se battent dans les Forces Françaises Libres (la 2<sup>ème</sup> Division Blindée du Général Leclerc, par exemple).

La Résistance soutient la préparation des débarquements alliés en Normandie (6 juin 1944), en Provence (15 août) et participe à la Libération... Les maquis et l'ensemble de la population payent un lourd tribut à la liberté : c'est le temps des martyrs. La libération de Toulouse (19 et 20 août 1944) s'inscrit dans une stratégie d'ensemble définie par le CNR et appliquée par Jean Cassou, commissaire de la République, Serge Ravanel, chef régional FFI et Jean-Pierre Vernant, chef départemental<sup>329</sup>. Les FTP et MOI participent aux combats près de la gare Matabiau. Jean Cassou est grièvement blessé par des soldats russes sous commandement allemand ; il est transporté dans le coma à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Ducuing. Pierre Bertaux le remplace. Après les combats, les Espagnols défilent avec leurs frères d'armes dans Toulouse libérée.

La Libération, c'est la joie, la fête ; c'est aussi le deuil et le recueillement. C'est également le temps des dissensions : on s'inquiète, à Toulouse, d'une "République rouge", ceux que la lutte avait réunis s'opposent sur l'épuration, la réorganisation des pouvoirs, le retour à la légalité<sup>330</sup>. Mais il s'agit, finalement, des débats de la vie...

#### **Annexe 4 : Avortement et maîtrise de la reproduction : un long combat historique.**

Cette pratique, très ancienne, pose de graves questions d'ordre éthique : l'embryon humain a-t-il une existence propre ? A partir de quel moment la Vie apparaît-elle ? Le fœtus appartient-il à la femme qui l'a conçu ou qui le porte ? A la collectivité qui doit accueillir le nouveau-né ? Qui peut en juger, qui a le droit de donner son avis sur ces questions ? Les médecins ? Les religieux ? Les juges ? Les réponses ont beaucoup évolué, au cours des siècles, en Occident<sup>331</sup>. Dans les sociétés antiques, le serment d'Hippocrate interdisait cette pratique : « Je ne donnerai jamais d'abortif à une femme » ; pourtant, de nombreux traités de médecine antique proposaient des "recettes" contraceptives ou abortives, souvent peu efficaces, voire dangereuses. Les sociétés chrétiennes dénonçaient « comme un crime la destruction du produit de la génération [...]. L'acte de chair doit assurer la reproduction [...]. Tout ce qui s'oppose à cette fin est péché mortel [...] ; un être humain ne pouvant accéder au paradis que s'il a été baptisé [...]»<sup>332</sup>. Un dilemme se pose tout de même dans ces sociétés : si une grossesse met en péril la vie de la future mère, est-il permis de sauver celle-ci en réalisant un avortement ?

---

328 Michel GOUBET et Paul DEBAUGES, opus cité ; p. 89 à 101.

329 Michel GOUBET et Paul DEBAUGES, opus cité ; p. 182 à 202.

330 Michel GOUBET et Paul DEBAUGES, opus cité ; p. 202 à 209.

331 Dominique LECOURT (direction) : *Dictionnaire de la Pensée médicale* ; (Presses Universitaires de France, Paris, 2004). p. 140.

332 Dominique LECOURT, opus cité ; p. 140-141.

Louise Bourgeois, accoucheuse de Marie de Médicis, a par exemple pratiqué au moins un avortement thérapeutique et se félicite d'avoir sauvé la vie de la patiente. En pratique les mœurs s'adaptent. Dès la fin du XV<sup>e</sup> s., des "tours" (cylindres pivotants) sont placés à la porte des hospices (comme à l'Hôtel-Dieu de Toulouse), permettant l'abandon anonyme des nouveau-nés indésirables. Jusqu'au XVI<sup>e</sup> siècle, médecins et praticiens restent convaincus que l'avortement provoqué n'est un crime que si le fœtus est animé. La chrétienté a transformé le statut éthique et juridique de l'avortement en affaire de morale publique. Au cours du XVIII<sup>e</sup> s., la philosophie des Lumières s'impose peu à peu et prépare l'avènement des sociétés modernes laïcisées : « la liberté de l'individu et l'autonomie du ménage » laissent entendre que la procréation est affaire privée. Mais dans les sociétés dites modernes, la grande première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle est une période charnière. Le Code pénal napoléonien (1810) définit l'avortement comme un crime relevant de la cour d'assises, mais, en pratique, l'avortement est tabou et sa clandestinité arrange tout le monde. Les rares procès révèlent les inégalités sociales (sont surtout accusées les petites gens alors que cela concerne tous les milieux). En février-mars 1852, un seuil important est franchi : un débat passionne l'Académie de Médecine à propos de l'avortement thérapeutique, jusque-là tombé aux oubliettes. Cette Académie se prononce pour l'intervention et affirme ainsi la supériorité de la vie temporelle de la mère sur la vie spirituelle du fœtus. Progressivement, la meilleure connaissance de l'anatomie et de la physiologie féminines permet d'intervenir de façon plus efficace et moins dangereuse (usage d'aiguilles à tricoter, de canules...). A l'orée du XX<sup>e</sup> s., les médecins et sages-femmes proposent leurs services dans la presse de manière à peine voilée. En raison des conditions économiques, sociales et culturelles, le nombre d'avortements augmente. Des couples légitimes, décidés à maîtriser leur fécondité, recourent à l'avortement. De nouveaux apôtres, les néomalthusiens, prêchent la réduction des naissances et vont distribuer, aux portes des usines, des tracts aux jeunes ouvrières... Cependant, une réaction de grande ampleur se déclenche à la fin du XIX<sup>e</sup> s. : les responsables politiques prennent conscience que la "dénatalité" affaiblit la nation ; les darwiniens redoutent une perturbation de la "sélection naturelle" et une "décadence" de la "race blanche" ; les médecins font savoir que le fœtus a une forme humaine, même avant de bouger. Les féministes de la "première vague" militent pour la maîtrise de la fécondité en réclamant la contraception mais condamnent elles aussi l'avortement. Le déficit démographique se voit aggravé par l'hécatombe de la Première Guerre mondiale, ce qui conduit les États à penser l'avortement dans le cadre d'une politique nataliste. En France, les hommes d'État, de gauche comme de droite, font tout pour enrayer la réduction des naissances qui était inscrite dans les mœurs. Des lois répressives sont promulguées : en 1920, la propagande anti-conceptionnelle est punie d'amende, voire d'emprisonnement ; en 1923, l'avortement est un délit (amendes et prison attendent celles qui s'y livrent) ; à l'opposé, des mesures sont favorables à la

procréation : assurance maternité (1928), allocations familiales (1932)... Le gouvernement de Vichy renforce la répression contre ce "crime d'État" (en 1943, une avorteuse, condamnée à mort, est guillotinée, une autre est condamnée à la prison à vie)<sup>333</sup>. En France, après la Seconde Guerre mondiale, les "lois scélérates" sont toujours en vigueur, mais de plus en plus détestées : « Dans les années 1950, on compte de 300 000 à 500 000 avortements clandestins par an, causant la mort de 300 à 500 femmes par an ! Les dames des beaux quartiers trouvent toujours, moyennant finances, des cliniques accueillantes et des médecins complaisants. Les femmes de milieu modeste en sont réduites aux "faiseuses d'anges" ; en cas d'accident, on les porte à l'hôpital, où des médecins vertueux les curettent sans anesthésie en les traitant de salopes [...] ; l'interdit pesant sur cette pratique, en voie de banalisation, prend l'allure d'une monumentale hypocrisie dénoncée par les militantes [féministes] de la "deuxième vague", pourvues de droits civils et politiques<sup>334</sup> ». La maîtrise par les femmes de leur fécondité fut obtenue de haute lutte (les soutiens se faisant traiter de "malfaiteurs publics", de "fossoyeurs de la France"...), avec la loi Neuwirth (1967) qui autorisait désormais l'utilisation de la contraception orale dans l'hexagone. Ce fut une avancée fondamentale. Mais que faire si cette contraception échoue ? Est-il souhaitable de laisser naître un enfant non désiré, qui risque d'être mal accueilli et mal aimé ? C'est un véritable virage éthique : le droit d'être aimé est opposable au droit de vivre. Mais certaines féministes actives, aux attitudes parfois provocantes et contre-productives, ne facilitent pas vraiment l'arrivée du droit à l'avortement. L'Église catholique n'est pas la seule à voir ce geste comme le "meurtre d'un être vivant potentiel" : c'est aussi l'avis d'élus politiques de tous bords, de mouvements de la société civile (souvent conservateurs, voire réactionnaires, mais pas uniquement). Les débats éthiques tournent aussi autour de cette question : « Quand la vie humaine commence-t-elle ? ». Pour intimider les jeunes femmes ou les politiques, des ennemis de l'IVG diffusent des documents montrant le fœtus déjà formé à dix semaines, laissant entendre des bruits du cœur jusque sur les bancs de l'Assemblée Nationale<sup>335</sup>.

#### **Annexe 5 : Propos illustrant les conséquences de la tarification à l'activité (T2A).**

Selon le Professeur Thierry Marmet, l'arrivée de la T2A a eu un impact négatif sur les capacités d'innovations de l'HJDV : « La décennie des années quatre-vingt-dix était une période où l'on pouvait encore être innovant, résoudre des problèmes de Santé publique, en faisant ce qu'on ne voulait pas faire ailleurs. Cela allait avec l'esprit de *Varsovie*. Aujourd'hui, ce genre de prise d'initiatives est devenu quasiment impossible. Premièrement, l'entrée en vigueur de cette T2A nous a enlevé la possibilité de toute créativité. Deuxièmement, ce nouveau système de financement a engendré un déficit structurel pour l'Hôpital (entre les

---

333 Dominique LECOURT, opus cité ; p. 141 à 144.

334 Simone de BEAUVOIR : *Le Deuxième sexe* ; (Gallimard, NRF, Paris, 1949).

335 Dominique LECOURT, opus cité ; p. 145.

recettes et les dépenses de fonctionnement). Nous nous sommes trouvés noyés sous cette pression du déficit qui a fini par couper toute velléité d'innovation<sup>336</sup> ». Ce déficit structurel a impacté de manière négative les budgets de fonctionnement et d'investissement de l'établissement. Mais pour le Dr Garipuy, il n'y a pas que la T2A qui a diminué les capacités d'innovation : « Il y a vingt ans, nous avions peu de normes. Aujourd'hui, être innovant est devenu quasi impossible à cause du formatage médico-administratif. Plus personne ne veut prendre de risque. Nous n'avons plus d'espace administratif pour déposer des dossiers de pratiques innovantes, ou alors les démarches sont trop complexes. Certes, nous avons moins d'argent qu'avant pour être novateurs, mais on ne suscite plus le dynamisme, l'invention, la mobilité intellectuelle ; nous sommes davantage là pour nous conformer à des schémas pré-établis. Chacun dans sa case, [le soignant doit soigner et le chercheur doit chercher]<sup>337</sup> ».

Le Dr Francis Saint-Dizier évoque cette transition importante qu'il a vécue avec l'entrée de la T2A : « La valorisation économique des actes est liée à leur nature et aux caractéristiques des patients, mais elle ne tient pas compte de tout. Un exemple : la prise en charge d'une anorexie nécessite environ un mois d'hospitalisation (quelquefois davantage). L'anorexie étant très mal cotée avec la T2A, pour équilibrer le budget du service de Médecine, si je prenais trois patientes anorexiques, il fallait que, dans le même temps, le diabétologue soigne dix pieds diabétiques... Du fait de la pression de la direction – elle-même sous pression des autorités sanitaires –, il a fallu inventer un équilibre, dans les pathologies que nous prenions en charge, afin de pouvoir toutes les soigner (n'exclure personne). Cela arrivait parfois à de véritables casse-tête. La T2A ne va pas du tout avec l'état d'esprit de *Varsovie* qui tire sa force de la prise en charge des comorbidités ou de la prise en charge des populations fragiles. La dotation globale était plus adaptée. Nous avons dû nous habituer à cette T2A. Mais ce système est une bêtise qui a favorisé la médecine à l'acte et surtout la médecine "rentable". Ainsi, au lieu de faire réaliser des économies, cela augmente les dépenses ! Certains établissements "sélectionnent" des malades, ce qui va à l'encontre de l'Éthique médicale. Cette nouvelle "machine à sous" peut fonctionner pour des spécialités techniques. Si écouter les gens, faire du soutien psychologique est indispensable, pourtant, ce n'est pas coté (ça ne "rapporte" rien). Cela pourrait créer des tensions, entre les services qui "rapportent" et les autres<sup>338</sup> ».

Le Dr Daniel Garipuy n'y va pas par quatre chemins : « La T2A est une catastrophe sanitaire pour les hôpitaux ! Au départ, on nous explique qu'elle récompense ceux qui travaillent bien – certains travaillent donc moins bien. La T2A a consisté à mettre en place une machine infernale exerçant une pression permanente sur les hôpitaux pour les gérer comme des entreprises : « Telle maladie pèse tant, il faut baisser le coût de telle maladie. Regardez, ailleurs

---

336 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

337 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

338 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

ils l'ont baissé. Comment se fait-il que vous soyiez un peu au-dessus ? ». Les pays qui l'avaient adoptée bien avant nous sont revenus dessus parce que ce système est inflationniste. Un exemple : une appendicite vaut tant quand elle est simple ; une appendicite compliquée vaut plus. Eh bien, le pourcentage d'appendicites compliquées s'est considérablement accru ! Les chirurgiens disaient : « Ah, mais oui, il y avait une petite goutte de pus, c'était une appendicite compliquée ». En France, nous sommes très bons pour soigner des pathologies aiguës. Après, pour soigner des patients qui ont des maladies multiples ou chroniques, c'est beaucoup plus compliqué parce que la durée de séjour à l'hôpital est forcément plus longue. Or, nous manquons de place (manque de lits). Quand un patient n'a plus besoin d'être tenu hospitalisé, mais qu'il ne peut pas rentrer chez lui – pour des raisons qui font qu'il ne pourrait pas bien finir de se soigner –, si nous n'avons plus de place en convalescence, nous sommes obligés de le garder plus longtemps. Cela nous "coûtera cher" : si nous le gardons trois semaines au lieu d'une, on ne nous payera que huit jours. Deux attitudes sont possibles : soit nous disons : « Dehors, tant pis, débrouillez-vous ! » ; soit nous le gardons. Nous, nous le gardons tant qu'il le faut. Mais la T2A pousse certains établissements à faire un "tri" de patients, à les faire sortir rapidement. Nous aboutissons à des absurdités : les bornes hautes et les bornes basses de durée de séjour. Exemple : un diabétique déséquilibré doit être gardé entre trois et cinq jours. Si nous le gardons cinq jours, nous sommes mauvais ; si nous faisons le boulot en deux jours, nous ne sommes pas bons non plus et nous sommes pénalisés. Quand on me dit que la santé n'a pas de prix, mais qu'elle a un coût, je suis d'accord qu'elle en a un. Nous devons en tenir compte. Mais la façon dont c'est traité aujourd'hui est catastrophique. Nous sommes en permanence sous pression. Les Pouvoirs Publics nous font les budgets et nous faisons l'activité. Les budgets se font selon l'activité. Les tutelles savaient que nous allions être en déficit puisqu'elles ne nous avaient pas donné, au départ, le budget pour être à l'équilibre. Le fait de nous maintenir en déficit permanent est une arme redoutable qu'elles peuvent pointer sur nous. Notre métier a beaucoup changé : nous sommes obligés de passer une partie importante de notre temps à justifier ce que nous faisons. Nous passons de moins en moins de temps dans les soins, avec les patients. Il faut tout tracer ! Les questions de qualité, elles aussi, sont traitées de façon bureaucratique : la qualité, dans la santé, consiste uniquement à se conformer à des schémas préétablis, c'est tout ! Mais qui fait ces schémas ? Comment sont-ils faits ? Cela relève du mystère. Nous parlons de "contrôle de qualité" : c'est l'application à la santé du modèle appliqué aux pilotes d'avions. Cela peut passer dans des blocs opératoires, mais après...<sup>339</sup> ».

Monsieur Alain Radigales revient, à son tour, sur ce nouveau mode de financement hospitalier : « Il a été mis en place pour corriger les dysfonctionnements liés à l'hétérogénéité des comportements personnels. Certains praticiens, services, hôpitaux, travaillaient beaucoup ;

---

339 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

d'autres beaucoup moins. C'est un encadrement économique des pratiques médicales : je ne dis pas que c'est bien, mais je trouve cela moins injuste que le budget global qui était encore pire (une enveloppe budgétaire était donnée : la même, que l'hôpital bosse ou pas ; les déficits étaient systématiquement comblés en fin d'année). La T2A est moins injuste : une proportionnalité est établie entre les moyens alloués et l'activité réalisée. Ce qui est décevant, avec ce financement, c'est qu'il ne prend pas en compte la qualité de la prestation médicale et soignante. En revanche, la T2A permet une régulation prix-volume. On contrôle l'activité et on régule : si l'activité monte, on baisse le prix unitaire ; ainsi, on reste à enveloppe fermée. Mais il y aurait peut-être une autre manière d'aborder le renflouement de l'Assurance Maladie : non pas à travers le prisme de la dépense, mais à travers celui de la recette. Si tout le monde cotisait comme les salariés, il n'y aurait pas de déficit de la Sécurité Sociale...<sup>340</sup> ».

Monsieur Michel Roumy nous donne sa vision de la T2A : « Si les dépenses de santé augmentent dans un hôpital, les tarifs baissent. Si une année est bouclée à l'équilibre, l'année suivante les tarifs baissent et vous vous retrouvez en commençant avec une baisse des recettes de 3 à 4%, donc tout de suite en déficit pour l'exercice en cours ! C'est sans fin : pour que votre activité soit correctement rétribuée, les médecins doivent noter tous les actes. Il y a des inspections T2A et, parfois, des financements de séjours entiers sont refusés, pour des motifs surréalistes (par exemple, si, pour un patient hospitalisé pour des complications de tuberculose, nous avons oublié de coter l'isolement du malade, on nous enlève le remboursement des frais de son séjour !). Par ailleurs, nos médecins n'ont aucune relation directe d'argent avec leurs patients, ce n'est pas dans leur culture. Avec la dotation globale, cela ne posait aucun problème. Mais aujourd'hui, comme nous sommes dans une course administrative effrénée, il faut bien avoir compris les modalités, les enjeux, la nécessité de tout noter. Des sommes colossales sont en jeu. Si elles ne sont pas perçues, cela met l'Hôpital en danger, financièrement parlant. Des systèmes sont mis en place pour aider les médecins. Beaucoup protestent, mais ils s'y mettent tous car c'est notre source obligatoire de financement<sup>341</sup> ».

Pour le Dr Marc Uzan, ce passage à la tarification à l'activité « nous a, au départ, beaucoup inquiétés mais, finalement, cela a été bénéfique car elle nous a obligés à plus de rigueur dans notre gestion et elle nous a permis de recruter des chirurgiens<sup>342</sup> ».

Pour le Dr Laure Jonca, l'arrivée de cette T2A fut une vraie révolution, tant sur le plan administratif que médical : « Nous voilà obligés de nous préoccuper de la solvabilité des patients, des types de séjours, des équilibres budgétaires des différentes activités, etc. Attention, je ne dis pas que nous ne prenons plus en charge certaines activités, mais nous sommes aujourd'hui contraints de prendre des activités "rentables" pour pouvoir compenser

---

340 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

341 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

342 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

celles qui sont "non rentables". Ce fut un choc pour tout le monde. Mais cela a été bien géré : les soignants ont compris que la survie de l'institution était en jeu (c'était bien d'avoir de belles idées, mais cela n'aurait servi à rien si nous n'avions plus pu les mettre en œuvre). Nous devions prouver notre pertinence sur la prise en charge des séjours, sans perdre nos objectifs : prise en charge de tout le monde, même des plus précaires, des plus fragiles. Avec la T2A, sur le plan financier, notre but est au minimum d'atteindre l'équilibre. Au mieux, il est intéressant de dégager des marges pour les réutiliser dans l'investissement médical (il rendra service aux patients et contribuera à la qualité de travail de nos praticiens), afin de ne pas nous retrouver un jour avec du matériel désuet, dans des locaux vétustes. Notre objectif est de continuer à prodiguer une médecine de qualité, dans le contexte de la tarification à l'activité mais sans "trier" les patients. Cela a été dur à accepter au début pour les soignants, les échanges ont été vifs. Mais dans un but pédagogique, des conférences et des débats furent organisés avec des intervenants de divers horizons (juristes, économistes, sociologues...) qui venaient nous expliquer ce nouveau modèle de financement. Maintenant, c'est bien intégré par tous, et malgré nos désaccords ponctuels, la direction et la CME restent dans l'échange car l'intérêt de la structure prime. Quelque chose est révélateur : notre très forte progression d'activité est l'une des plus fortes parmi les structures toulousaines, alors que nos médecins continuent à jouer le jeu du secteur public, sans dépassement d'honoraires. Pour revenir sur la T2A, c'est un système inflationniste, une pure folie : chaque année il faut augmenter l'activité pour équilibrer le budget (en augmentant les recettes). Ce système risque de nous rendre fous ! Tous les ans, des lits et des structures ferment [rien qu'à Toulouse, depuis l'entrée en vigueur de la T2A, les cliniques du Busca, de Saint-Michel et celle du Château ont fermé, celle du Cours Dillon a fait l'objet d'un regroupement, tout comme les cliniques Saint-Jean-du-Languedoc et du Parc, ou Saint-Nicolas qui s'est regroupée avec Sarrus-Teinturiers! Un peu plus loin, l'hôpital de Muret va devenir un long séjour et, pour le reste, il va se voir absorbé par la clinique d'Occitanie de cette même ville]. Les plateaux médico-techniques doivent se regrouper au nom de l'efficacité (diminution des coûts), comme pour les laboratoires d'analyses qui sont en pleine révolution (bientôt il y aura d'énormes laboratoires). Cela créera les mêmes problèmes qu'avec la fabrication des médicaments, centralisée à tel point qu'on arrive parfois, aujourd'hui, à des situations de rupture de stock ; de même avec les blocs opératoires : le jour où un énorme bloc abritera une infection nosocomiale, il faudra le fermer le temps de régler le problème. Ces modèles de regroupement, de mutualisation des moyens suivent une logique purement économique, mais cela risque de nous poser d'énormes crises sanitaires à l'avenir. Concernant la durée moyenne de séjour à l'Hôpital, elle a considérablement diminué (de 10 jours, en moyenne, quand je suis arrivée en 1991, à environ 4 jours actuellement en 2014); ceci est permis par la technologie, avec des chirurgies de moins en moins invasives, par le

développement de l'imagerie non invasive et une prise en charge qui va de plus en plus vers de l'ambulatoire (c'est aussi une forte demande des usagers : se soigner à la maison, y accoucher ; avant on avait confiance, aujourd'hui, on a peur de la Science et de l'environnement médical). Peu à peu, on externalise le patient de la structure. Du fait de la diminution des moyens économiques, il faut les rentabiliser ; de ce fait, les rotations des malades sur les plateaux techniques et dans les services sont plus rapides. Durée moyenne de séjour courte signifie multiplication des actes (ensuite il faut vite passer au patient suivant). Le pendant de ce phénomène est le retour à domicile plus précoce avec l'obligation d'avancer les frais (on transfère des charges financières directement sur l'usager). Mais qui s'occupe de lui à domicile ? Ses proches (qui doivent se rendre disponibles), le médecin traitant, les infirmières libérales... Cela remet en cause l'égal accès aux soins car on ne soigne pas de la même manière, en ambulatoire, un ingénieur d'Airbus et un SDF. A l'HJD, nous nous trouvons ainsi dans l'obligation de tricher, en réalisant des séjours non justifiés au titre de la prise en charge (sur lesquels nous perdons par conséquent de l'argent), pour les personnes les plus précaires ; ceci afin qu'elles ne retournent pas à la rue avant d'être complètement guéries. Les usagers et le législateur doivent avoir conscience que s'ils retournent plus tôt à domicile, ils ne sont pas pour autant encore tout à fait guéris. Plus la durée d'hospitalisation est courte, plus il faudrait en informer les patients et avertir précocement les médecins traitants, afin d'assurer la continuité des soins à domicile. C'est un changement culturel profond ! Mais aujourd'hui, les gens sont pressés de tout : de guérir, d'accoucher, de mourir... Alors, la T2A d'accord, mais jusqu'où, jusqu'à quand, et à quel prix ? Ce modèle doit être discuté car il est injuste et inégalitaire. Ce n'est pas non plus un bon modèle de qualité des soins : l'éducation, la prévention sont très importantes en médecine et pourtant peu valorisées par ce système. Avec celui-ci, il vaut mieux couper une jambe à un diabétique que l'éduquer (cette éducation n'est pas reconnue puisqu'elle ne rapporte rien) ; pour un urologue, il vaut mieux casser des cailloux au lithotriporteur que de se poser la question sur les causes métaboliques de ces lithiases [exemples caricaturaux, à prendre au second degré, bien entendu]. Nous voyons bien que nous touchons là les limites. Comment va évoluer la santé de la population avec ce modèle de financement ? Selon moi, il faudrait accepter une rémunération sur le modèle anglo-saxon (en fonction du nombre de patients pris en charge), et arrêter de rémunérer des actes. Cela éviterait par ailleurs les dérives lucratives des remplacements et des vacations, où l'on peut voir certains médecins gagner, en une semaine, ce que les titulaires gagnent en un mois et demi <sup>1343</sup> ».

Pour le Dr Jean Casanova, la T2A était dès le départ un mauvais système parce qu'elle orientait les établissements vers certains types de pathologies, certains "créneaux" techniques et "rentables". « Pour la Chirurgie, la pénalisation n'était pas la même que pour la Médecine.

---

343 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

Notre activité étant technique, la T2A n'a pas eu de répercussions négatives, au contraire. Mais cela ne retranche rien, sur le fond, à ma critique du principe de cette tarification qui oblige au maximum à se détourner de ce qui n'est pas "rentable". C'est un instrument de démolition progressive du Service Public par une lente érosion, un long travail de sape ! C'est une machine de guerre, un cheval de Troie : d'abord, cela inscrit les établissements dans une logique commerciale (sélection de "créneaux"), ensuite, cela aura des effets sur la cohésion des équipes médicales car, si pour l'instant les praticiens hospitaliers sont rémunérés à la fonction, à l'ancienneté et au mérite, nous allons droit vers l'éclatement de ce statut pour une rémunération qui sera, au moins pour partie, fonction de l'activité de chacun. Imaginons les conséquences que cela aura sur l'indépendance décisionnelle et thérapeutique du médecin... Il y aura des rivalités et la cohésion des équipes volera en éclats ! De plus, cette T2A était censée contrôler les dépenses mais, en réalité, elle est inflationniste : qu'il soit public, privé non lucratif ou libéral, à partir du moment où un établissement hospitalier doit se financer avec ce système-là, il va dire : "Faites marcher la machine, allons-y, vampirisons la Sécurité Sociale !" <sup>344</sup> ».

Le président actuel [2014] de la CME, le Dr Philippe Loup, me demande d'abord si je suis chasseur. Constatant ma surprise et devinant que ce n'est manifestement pas le cas, il développe son propos : « Pour être sûr d'achever un sanglier, il faut toujours lui mettre deux cartouches car, blessé, il peut être dangereux... Même si les Français aiment beaucoup leur Hôpital Public, cela a été pareil pour ce dernier : il s'est fait flinguer à l'aide de deux balles ! Première cartouche : la manière dont ont été instaurées les 35 heures à l'hôpital. Dans l'industrie, ce passage à la réduction du temps de travail pouvait être compensé par une augmentation de productivité ; c'est plus compliqué quand on travaille avec de l'humain. Bien entendu des progrès ont été faits : avant, les pyélonéphrites étaient systématiquement hospitalisées ; aujourd'hui, dans certains cas, cela se traite en ambulatoire. Un patient après un infarctus restait dix jours en Cardiologie. Aujourd'hui, on lui met deux stents, il ressort sous antiagrégants et reprend le boulot un mois après... Des gains de "productivité", nous en avons eu, mais en travaillant avec des humains, on ne peut pas arriver à un accroissement de productivité comme dans le domaine industriel. La deuxième cartouche a été la T2A, qui nous a encore demandé d'augmenter notre "productivité". C'est une sorte de course à l'échalote : le gain de "productivité" diminuant le coût de l'acte ! Je ne suis, pour autant, pas hostile aux restructurations, à une rationalisation des moyens, des dépenses, etc. Mais, dans toutes ces décisions, ce qui doit présider est une logique médicale et non une logique strictement économique. Je crois qu'il faut préserver deux secteurs hospitaliers différents : l'un privé et l'autre public. Selon moi, si l'on continue ainsi, la T2A va achever l'Hôpital Public... <sup>345</sup> ».

---

344 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

345 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

Le Professeur Marmet n'oublie pas la solidarité dont a fait preuve l'Hôpital tout entier, envers l'USP, lorsqu'est arrivée la T2A : « Grâce à cette solidarité, nous avons eu les moyens de faire face à la violence de la souffrance et de la mort d'autrui, qui demandent un investissement important mais usant, voire épuisant. La première conséquence de la T2A a été, pour l'USP, de réduire la voilure : suppression d'un mi-temps de médecin, le cadre est passé de 100% à 80%, nous avons perdu du temps infirmier, du temps aide-soignant. Le pire : cela s'est produit au moment où notre activité devenait de plus en plus dure. Autre conséquence : la mise en place d'une consultation de la douleur chronique avait nécessité une grosse dépense d'énergie de notre part, et les derniers avatars, sur les normes techniques et technocratiques, nous ont fait perdre une partie de notre enveloppe financière. Il était déjà compliqué de faire tourner cette consultation car elle prenait beaucoup de temps ; c'est devenu pire après la mise en vigueur de la T2A car cette activité de consultation est peu valorisée par ce système de tarification. Pour les Soins Palliatifs, la manière dont a été construite la grille de tarification ne nous a pas bien aidés non plus : si le patient mourait le jour de son arrivée, notre unité recevait, à la cotation, une certaine somme ; dès le lendemain, la journée d'hospitalisation rapportait au service dix fois plus (exemple : 600 euros le premier jour et 6000 euros à partir du deuxième...). Quoiqu'il arrive, cette somme, perçue dès le deuxième jour, était quotidiennement perçue jusqu'au douzième jour. Au-delà, la somme était de nouveau celle perçue au premier jour (dans l'exemple, 600 euros). Autrement dit, si le patient mourait avant douze jours, le service avait des recettes considérables mais, après, plus la période de séjour s'allongeait, plus les recettes diminuaient. Le risque induit était de refaire du service un "mouroir" en acceptant les patients exclusivement en phase agonique. Pour nous, il était hors de question de tomber dans ce travers. Mais, au niveau national, les USP ont une pression telle que le patient n'arrête pas de faire des allers-retours entre les unités palliatives de phase aiguë et les lits identifiés de Soins Palliatifs, dans d'autres services. Chez nous ce n'était pas le cas : tant que nous n'avions pas de solution satisfaisante avec un relais, nous gardions le patient, indépendamment des contraintes financières. Nous étions une USP dont la durée de séjour était l'une des plus élevées de France. Derrière, c'était "serré" pour atteindre l'équilibre économique. Comment pérenniser dans le temps l'esprit de soin, la prise en charge de la personne dans sa globalité et pas seulement pour sa maladie ? C'est presque impossible avec la T2A puisque seule la dimension médico-technique est valorisée : tout ce qui ne relève pas d'actes n'est pas pris en compte (accompagnement, soutien, présence humaine, etc.)<sup>346</sup> ».

Le Dr Francis Gaches : « On nous a quelque part demandé des objectifs de rentabilité, avec des durées de séjour plus courtes, le tout se répercutant de manière négative sur nos patients les plus défavorisés. Nous ressentons une forme de pression : il faut rendre des comptes sur les chiffres, les

---

346 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

durées et les motifs d'hospitalisation. Tout cela s'est vraiment amplifié avec la loi HPST en 2009, avec des impacts sur nos activités quotidiennes, mais aussi sur nos réunions : avant, nous parlions des patients, de nos actions, du respect de "l'esprit varsovien". Maintenant, les réunions de CME ne parlent que de rentabilité, de durée de séjour...<sup>347</sup> ».

**Annexe 6.1 : A – Ambiance générale au sein de l'établissement, relations entre collègues.**

Stéphane Aczel : « Il y avait entre nous camaraderie et amitié : pas de concurrence, pas de compétition, pas de médisance, mais de l'échange et une saine émulation. Nous nous voyions en dehors de l'hôpital (cela dure encore aujourd'hui). Beaucoup étaient et restent amis<sup>348</sup> ».

Francis Saint-Dizier : « Une ambiance militante, avec un esprit animé de grande curiosité. S'occuper de l'émergence des nouveaux problèmes d'ordre médico-sociaux a été la fonction de l'Hôpital, entre les années 80 et 2000. Les relations étaient très bonnes avec les collègues. Lors des CME, il nous arrivait de nous "engueuler" sur les orientations à prendre (souvent à cause des contraintes économiques). Cependant, même quand nous étions très opposés, les discussions étaient dialectiques, nous faisant aboutir à des formes supérieures d'entente. Mais sur le fond (l'état d'esprit et l'éthique), nous étions d'accord<sup>349</sup> ».

Alain Radigales : « J'ai eu un grand bonheur à travailler dans cet Hôpital, avec cependant un inconvénient, quant à ma posture : j'étais issu du sérail, ce qui pouvait rendre mon exercice soit plus difficile, soit le faciliter. Ceci s'est vérifié ! J'ai passé beaucoup de temps à la tâche, mais je m'y suis passionné, si bien que je n'avais pas l'impression de travailler ! Ma vision est biaisée par ma passion : c'est un super Hôpital. Après ce n'est pas non plus une bulle idéale<sup>350</sup> ».

Michel Roumy : « La très grande majorité du personnel adhère aux buts de l'Association. Ceci donne une ambiance très chaleureuse. Bien sûr, il y a parfois quelques conflits<sup>351</sup> ».

Michelle Antonucci : « C'est une ambiance de travail, de fraternité et d'écoute. Nos relations entre collègues sont très conviviales, il n'y a jamais eu de sectarisme (politique)<sup>352</sup> ».

Jacques Cauquil : Une bonne gouvernance hospitalière réside dans un bon partenariat, voire une complicité, entre personnels soignants et administratifs. La direction doit être exigeante tout en étant compréhensive. Avec les médecins, mes relations étaient bonnes, mais ça n'a pas été toujours simple. Avec le président du CA, les relations étaient excellentes : j'ai eu une chance inouïe ! Michel Roumy m'a fait confiance, j'ai toujours eu le soutien du CA<sup>353</sup> ».

Jean Casanova : « Ici, on s'engage et on prend ses responsabilités dans son domaine de compétence. On est au maximum. L'ambiance s'est maintenue entre le début et la fin de ma

347 Docteur Francis GACHES, entretien du 7 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

348 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

349 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

350 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

351 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

352 Madame Michelle ANTONUCCI, infirmière à l'HJDV depuis 1977 ; questionnaire de novembre 2014.

353 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

période. Nous avons préservé nos fondamentaux. Au moment de prendre la retraite, je me suis dit que j'avais probablement été l'un des chirurgiens les plus chanceux de France. Je ne sais pas si quelqu'un d'autre a eu ce que j'ai eu : des conditions de travail idéales, des équipes soudées, engagées, compétentes, une direction à l'écoute, toujours en train de nous aider... Ma succession a été une chance aussi, avec le Dr Giordano. Beaucoup partent en retraite en laissant derrière eux quelque chose qui se termine. Je suis honoré de la succession que j'ai eue ; je suis parti en totale confiance pour mes patients. Fait marquant de l'ambiance : pour nous, les chirurgiens, nos relations avec les équipes d'Anesthésie sont habituellement conflictuelles, c'est un peu notre "croix". A Joseph-Ducuing, nous tirions dans le même sens<sup>354</sup> ».

Gérard Giordano : « Il règne une véritable humanité au sein des équipes. Beaucoup veulent rejoindre l'HJDV : il y a une vision commune de l'exercice de la Médecine (je ne parle pas que des médecins). Après, comme partout, vous trouverez des dissensions, des querelles de positionnement. La Chirurgie est un domaine très contraint : on est à la fois acteur, décideur principal et dépendant des équipes chirurgicales et d'anesthésie, des techniques et du matériel. Cela crée des tensions mais, sur le fond, nous sommes d'accord<sup>355</sup> ».

Pour des infirmières de l'Hôpital, l'ambiance semble avoir changé : « Chacun travaille davantage dans son coin, nous communiquons peut-être moins, mais les relations restent bonnes entre nous ». « Nous sommes moins écoutés qu'avant, concernant nos difficultés<sup>356</sup> ».

Daniel Garipuy : « L'Hôpital, aujourd'hui, n'a plus rien à voir avec ce que j'ai connu au départ ; mais c'est comme la Médecine qui, aujourd'hui, n'a plus grand chose à voir avec ce qu'elle était il y a vingt ans. Il y a des aspects extrêmement positifs : nous soignons mieux les gens, nous sommes plus performants. Mais le revers de médaille, c'est que nous sommes arrivés à une médecine tellement technique et sophistiquée que le danger est d'en oublier l'individu. Or, l'essentiel est ce sujet : il faut en prendre compte de façon globale, en s'aidant de tous les outils techniques. Avec cet environnement technique, à mon avis, le sujet peut disparaître. Pour la gestion des hôpitaux, c'est pareil. On privilégie de plus en plus le technique : ce qui est au centre, c'est la technologie, la productivité (la T2A). Aujourd'hui, dans les Commissions médicales, nous discutons rentabilité des actes, nous faisons des courbes : "Attention, ça a baissé ! Mon Dieu...". Nous sommes obligés de le faire, sinon nous sommes étranglés budgétairement. J'ai parfois l'impression d'être dans un Comité d'administration de Carrefour, ou d'une industrie. Quand on lit ce qui nous lie avec les tutelles, les contrats d'objectifs de moyens (COM), on se demande si on fabrique des voitures ou des bicyclettes. On nous dit qu'il faut augmenter la productivité. Ça veut dire quoi ? Soigner plus de gens en moins de temps ? Pratiquer une médecine qui tient vraiment compte d'un sujet devient de plus en plus difficile à

---

354 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

355 Docteur Gérard GIORDANO, entretien du 28 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

356 Des infirmières de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

maintenir. Pour revenir sur l'ambiance générale qui règne à l'HJDV, si je compare – je fais des vacances à Purpan –, je trouve qu'il y a toujours eu ici, globalement, une très bonne ambiance, qui m'a beaucoup plu, qui continue à me plaire, même si les choses ont changé. L'Hôpital s'est de plus en plus agrandi. Que ce soit avec mes confrères médecins, avec le personnel ou avec la direction, globalement, les choses se sont bien passées. Après, il y a des frictions, des frottements, des désaccords, des "engueulades", des "coups de gueule"... C'est la vie. Avec la croissance de notre structure, nous avons perdu, obligatoirement, l'aspect "famille resserrée" (il m'arrive de croiser des visages inconnus). Mais l'esprit s'est quand même maintenu de façon un peu miraculeuse. Au niveau de l'accueil, beaucoup de patients (pas tous), vantent le nôtre<sup>357</sup> ».

Laure Jonca : « La physionomie de l'Hôpital a changé, avec un doublement de sa masse salariale, entre aujourd'hui et mon arrivée au début des années 1990. C'était une petite structure, tout le monde se connaissait, maintenant moins, voire plus du tout. Il y avait des réunions militantes le soir, durant lesquelles nous mangions de la paella ; dans les salles d'attente, il y avait toujours l'*Humanité*. C'était très connoté par le Parti Communiste (PC) ; malgré cela on ne m'a jamais rien demandé, je n'ai jamais été encartée (les gens à l'extérieur étaient persuadés que nous étions tous des membres actifs du PC), j'ai toujours été respectée en tant que personne. Petit à petit, l'Hôpital est devenu moins politisé, moins militant. Cependant, les valeurs humanistes qui existaient auparavant se retrouvent encore aujourd'hui à l'HJDV. Ces valeurs humanistes sont les valeurs de la FEHAP. Que l'on soit de gauche, du centre, ou de droite, je ne vois pas comment on ne peut pas y être sensible (hors extrêmes évidemment). La santé, c'est comme la justice ou la sécurité, ce devrait être une évidence pour les plus défavorisés. Si l'on n'intègre pas ces valeurs, on ne peut pas arriver à travailler ici. Au-delà, si l'on n'intègre pas ces mêmes valeurs, on a du mal à accomplir correctement ses fonctions de soignant : l'humanisme est la base de la relation soignant-soigné. Les relations entre collègues sont bonnes. Je respecte mes confrères et les soignants en général pour qui je garde beaucoup d'affection. Je tiens aussi à rendre hommage à ceux dont on parle moins souvent : les femmes de ménage, les secrétaires, les techniciens et tous ceux qui ne sont pas directement connectés aux soins mais qui y contribuent et sont très importants dans les parcours de soins<sup>358</sup> ».

Philippe Loup : « Avant, tous les médecins se connaissaient entre eux. Aujourd'hui, avec les temps partiels, nous sommes une cinquantaine de médecins ! Ce qui est bien ici, c'est qu'il y a un self commun à tout le monde qui permet de créer des liens. C'est assez rare. L'esprit d'appartenance est encore assez marqué. La communication se passe plutôt bien entre nous. Je ne dirais pas que ça "flingue" moins qu'avant, mais nos rapports sont un peu plus policés<sup>359</sup> ».

Nadine Quehan : « J'ai le souvenir de soirées dans un local appartenant à l'Hôpital, rue de

---

357 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

358 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

359 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

Cugnaux, où étaient organisées les repas de service, les fins de stage des internes, des soirées pour l'ensemble du personnel... Des rencontres nous réunissaient à l'extérieur : activités sportives ou culturelles ; tout cela créait du lien entre nous. Aujourd'hui [2014], à l'échelle de l'établissement, la solidarité, les échanges entre les salariés sont moindres ; cependant, les relations restent conviviales dans le service. A l'Hôpital, les réunions sont plus nombreuses qu'avant mais il y a, paradoxalement, plus de cloisonnements<sup>360</sup> ».

David Gonzalvo : « L'ambiance est plutôt bonne, même si elle a tendance à se dégrader. Les liens entre les personnels sont forts. Il y a un sentiment d'appartenance à une communauté, malgré des débats, des tensions voire des conflits. Il va falloir garder cet esprit de cohésion, c'est crucial pour notre avenir<sup>361</sup> ».

Marc Uzan : « Dans les années quatre-vingts, l'ambiance était militante (influence du PC, avec une bonne partie du personnel et quelques médecins qui étaient communistes, sans oublier que la patientèle était en partie composée d'anciens Républicains espagnols et de leurs familles). Ensuite, cet esprit militant a évolué parallèlement à l'évolution de la société. Mais nous avons compris, dans les années quatre-vingt-dix, que les idéaux dont était porteur cet Hôpital pouvaient être partagés et portés par des personnes dont les opinions politiques étaient diverses. Dès lors, nous avons veillé à ce que les nouveaux personnels recrutés partagent les idéaux de notre Hôpital et l'esprit du Service Public hospitalier. Au fil des années, le personnel est devenu beaucoup plus nombreux (il a triplé ces trente dernières années !) : il est devenu impossible que chacun se connaisse intimement. Mais il me semble que la stabilité du personnel, la bienveillance, le respect, l'attention portés à chacun permettent au personnel d'avoir le sentiment de travailler dans l'hôpital qui est le sien, pour lequel il a encore son mot à dire. Il faudra préserver cette richesse, menacée par une politique de santé obnubilée par l'économie, la rentabilité, le productivisme et la comparaison avec le secteur privé à but lucratif. Avec mes collègues de Médecine, les relations étaient celles de militants d'une même cause. Nous avons les mêmes références morales, politiques, culturelles, les mêmes projets... Certes, nous avons eu quelques conflits, mais aucun d'entre nous n'a jamais perdu de vue l'intérêt général. Nous nous respectons. Les orientations fondamentales et notre pratique médicale étaient communes, ce qui nous aidait à surmonter nos divergences sans trop de difficultés. Nous faisons la visite par binômes (il y avait deux secteurs en Médecine) : nous veillions, tous les ans, à permuter ces binômes pour que chacun travaille avec chacun. En outre, le service n'était pas sectorisé, nous faisons la visite ensemble, chacun voyant et donnant éventuellement son avis sur les patients de tous. Au fil des années, nous avons intégré dans l'équipe des médecins plus jeunes, dont certains avaient été internes chez nous. Nous nous assurons qu'ils partagent nos valeurs et

---

360 Madame Nadine QUEHAN, questionnaire et entretien, décembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

361 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

adhéraient à notre façon si particulière de travailler. Avec nos autres collègues de l'Hôpital, les relations étaient souvent amicales, au minimum courtoises. Nous avons cependant eu parfois des conflits qui reposaient sur des conceptions différentes de ce que devait être cet Hôpital<sup>362</sup> ».

Amandine Peyron : « L'ambiance est familiale, le travail se fait en partenariat avec tous les acteurs de soins, avec un seul but : le patient. Les relations entre collègues sont très bonnes, voire amicales<sup>363</sup> ».

Francis Gaches : « Aujourd'hui, l'esprit se maintient mais nous nous faisons manger petit à petit par la tarification à l'activité, les bouleversements de la société, la montée des idées d'extrême droite... Tout cela retentit sur l'Hôpital qui a un peu perdu de son esprit. Il faut être vigilant sur la sélection du personnel à l'entrée (certains cherchent simplement un poste, alors qu'avant c'était aussi par réelle envie et militantisme). Quand je suis entré, en 1996, il régnait une très belle ambiance (mais déjà dégradée par rapport à ce que les personnels avaient connu avant). Les échanges étaient riches, conviviaux. Nous nous invitons à l'extérieur chez les uns et les autres. Maintenant nous nous connaissons moins, la complicité se perd. J'essaie de préserver cela dans le service et au sein des associations : les gens adhèrent encore. Après, les relations entre collègues sont saines, globalement, et excellentes avec les personnels de mon service<sup>364</sup> ». Ces propos sont relayés par son ancienne interne, Sophie Ancellin qui, récemment [en 2014], a participé à une fête d'anniversaire, organisée en surprise par un agent d'entretien – avec la complicité d'autres personnels de l'équipe de Médecine –, en l'honneur de ce Chef de Service : « Tout le monde a bien dansé ! Même en dehors du côté festif, l'ambiance est familiale. Les relations entre professionnels de santé illustrent bien le terme de confraternité et celui du travail en équipe. Compétence et exigence sont de rigueur dans les soins dispensés (moins pour monter en grade ou publier que par souci de bien s'occuper des patients)<sup>365</sup> ».

Thierry Marmet : « Quand je suis arrivé à l'Hôpital, j'étais heureux : il régnait une ambiance de travail en équipe, de discussions, d'échanges, de partage de connaissances, de confraternité entre personnels médical et paramédical. C'était ce dont je rêvais et je le voyais à l'œuvre ! Les relations entre confrères étaient bonnes. Mais l'ambiance a changé. J'ai vu monter, petit à petit, une souffrance des équipes devant le fait de ne plus pouvoir travailler comme on rêvait de le faire. Des tensions, de l'amertume sont apparues. Progressivement, le climat social s'est détérioré. Les valeurs morales premières sont toujours portées, mais les contraintes financières ont pris davantage de place, épuisant le personnel qui avait au départ, pour priorité, une prise en charge de qualité pour les personnes qui se confiaient à nous<sup>366</sup> ».

Christophe Paulo : « L'ambiance était très famille, tout le monde se connaissait... J'en parlais

362 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

363 Madame Amandine PEYRON, questionnaire et entretien, 9 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

364 Docteur Francis GACHES, entretien du 7 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

365 Docteur Sophie ANCELLIN, ancienne interne de l'HJDV ; questionnaire de novembre 2014.

366 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

une fois avec un sociologue qui me disait qu'avant, en France, l'entreprise ou la structure dans laquelle on travaillait était l'entreprise-mère, celle qui nous accompagnerait toute notre vie. Chez nous c'était ça : nous avons une projection de vie qui pouvait s'inscrire sur Joseph-Ducuing (on l'appelait familièrement la *Maison*). Cette ambiance faisait vivre l'Hôpital : des femmes de ménage, en passant par les cuisiniers, techniciens, soignants, administratifs, tout le monde se retrouvait lors de soirées conviviales. Je me souviens du Dr Paillé qui était le Chef de notre service de Radiologie. Il venait de la grande bourgeoisie toulousaine et n'était certainement pas du même bord politique que la plupart du personnel. Mais quand il entrait à l'Hôpital, il oubliait tout cela et se laissait conduire par ses valeurs. Il lui est arrivé de mettre la main à son propre chéquier lorsque nous étions en difficulté... Il s'était abonné à l'Humanité pour le donner au personnel de l'Hôpital qui avait moins de moyens. Il s'était aussi abonné à des clubs sportifs, ainsi, il y avait toujours des places de matches disponibles pour ceux qui ne pouvaient pas se les payer ! Avec mes collègues manipulateurs, il nous est arrivé de piquer de la nourriture de la cantine pour la donner à des gens qui avaient faim (des cuisiniers préparaient les repas pour les patients et le personnel et nous ne jetions rien : le soir, nous rentrions parfois avec nos barquettes). Ducuing c'était tout cela ! Ensuite, l'Hôpital a changé de dimension, le contexte économique n'a plus été le même, la société est devenue plus individualiste. Cela s'est ressenti. Maintenant, sans vouloir être ni médisant, ni nostalgique, nous ressemblons davantage à une PME. La relation avec l'institution n'est plus la même : depuis dix ans, on entre ici avec une autre démarche, parfois seulement pour trouver un emploi (et moins par conviction ou pour les valeurs qui nous animent). Les gens ne sont plus forcément là pour y faire carrière. Certains partent pour des promotions professionnelles, ou pour des intérêts lucratifs. Les gens sont plus mobiles : nous avons beaucoup d'intérimaires sur de très courtes durées. Aujourd'hui, je ne connais pas certains de mes interlocuteurs. Mais la DRH a eu une bonne démarche en réalisant un livret d'accueil donné aux nouveaux salariés : il y est figuré l'historique de l'Hôpital, ses valeurs, ses particularités, etc. Malgré tout, les relations entre services restent conviviales ; au sein du service de Radiologie, nous sommes restés très proche : l'ambiance familiale se ressent entre nous car nous sommes peu nombreux, dans un milieu assez confiné<sup>367</sup> ».

### **Annexe 6.2 : B – Les relations avec les patients.**

Marc Uzan : « Nos relations avec eux étaient presque toujours excellentes. D'abord, la plupart d'entre eux venaient chez nous, non pas par hasard, mais par choix délibéré ; ensuite, nous ne prenions pas seulement en compte leur maladie, mais l'ensemble de leur personnalité (leur situation sociale, leur culture, leur psychisme). Ils trouvaient, dans cet établissement, l'essentiel de ce dont ils avaient besoin pour se soigner. Ils venaient souvent en famille et étaient connus

---

367 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

et reconnus, non seulement des médecins, mais de tout le personnel. Enfin, ils bénéficiaient d'une attention et d'une bienveillance rencontrées ailleurs. Au fil des années, le recrutement de l'Hôpital s'est accru. Une proportion plus importante de la patientèle ne le fréquente que de façon occasionnelle, mais il y a toujours une bonne partie qui y reste attachée<sup>368</sup> ».

Jacques Cauquil : « Avec les patients, j'avais peu de relations directes, sauf lorsqu'il y avait des problèmes à régler. J'ai toujours eu le principe de défendre mes salariés, d'être solidaire à leur égard. C'était mon rôle, une éthique de gouvernance pour éviter que le ver ne se mette dans le fruit. Les patients appartenaient aux deux extrémités de l'échelle sociale : les classes favorisées, intellectuelles, partageaient nos valeurs, notre éthique (enseignants, chercheurs, ingénieurs, médecins...), et ceux en marge de la société. Aujourd'hui, je crois que l'Hôpital est garant des mêmes valeurs, malgré les difficultés rencontrées avec la T2A<sup>369</sup> ».

Jacques Barsony : « Les patients disent qu'ils y sont bien reçus et bien traités, même les plus précaires et défavorisés, qui sont d'ailleurs sur liste rouge dans certaines cliniques<sup>370</sup> ».

Michelle Antonucci : « Nous étions proches des patients. Les relations étaient parfois intimes, à une époque. Je me souviens d'un médecin, pêcheur amateur, apportant quelquefois des truites à ses patients, ou encore d'un interne utilisant le rasoir d'un patient au sortir d'une garde...<sup>371</sup> ».

Des infirmières : « L'augmentation d'activité, sans augmenter le personnel, a accru la pression au travail ; cela se répercute sur le service rendu aux patients ». « La proximité des patients entre eux crée une ambiance particulière d'humanité ». « La montée en charge de travail a fait que nous pouvons moins prendre en considération les attentes des patients, nous avons moins de temps pour les écouter ». « Nous n'avons pas assez de temps avec les patients<sup>372</sup> ».

Christophe Paulo : « Le profil des patients a un peu changé. Lors de mes premières années, nous recevions surtout des personnes du quartier, des gens proches de la retraite ou retraités et, bien sûr, des Espagnols. Beaucoup de gens des milieux associatifs, syndicaux ou politiques venaient nous voir. Ils avaient confiance totale dans l'institution. Avec la poursuite de notre développement, les choses ont évolué : l'Hôpital a été reconnu à l'échelle de la ville, du département, voire de la région. Alors, les patients ont changé et sont devenus plus exigeants. Beaucoup viennent encore chez nous parce que nous sommes *Varsovie*, mais de plus en plus ils sont de simples clients et nous prennent seulement comme des prestataires de services<sup>373</sup> ».

Nadine Quehan : « Avec les patients, ce sont des relations individualisées et d'écoute<sup>374</sup> ».

Stéphane Aczel : « C'était familial : les patients connaissaient les médecins qui les soignaient.

Une implication affective existait dans les deux sens. Nous recevions des messages d'amitié, de

368 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

369 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

370 Docteur Jacques BARSONY, entretien du 9 janvier 2014 à Toulouse.

371 Madame Michelle ANTONUCCI, infirmière à l'HJDV depuis 1977 ; questionnaire de novembre 2014.

372 Des infirmières de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

373 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

374 Madame Nadine QUEHAN, questionnaire et entretien, décembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

reconnaissance, de sympathie. L'un de mes vieux patients me dit un jour : « Nous deux, on fait le même métier : toi, t'es le toubib et, moi, je suis le malade ; sans moi, tu n'existes pas !<sup>375</sup> ».

Francis Gaches : « Extraordinaires ! Les gens sont gentils ici, ils viennent de tous pays et milieux sociaux. Le lieu enlève une part de l'agressivité que l'on peut voir habituellement ailleurs. Moi qui ai travaillé dans plusieurs CHU, je voyais souvent des violences, des mécontents. Il semble y avoir quelque chose de presque magique ici. Dès l'arrivée au secrétariat, les personnes sont bien accueillies. Les gens semblent ravis du service de Médecine ; en consultation, quand je les revois, nos relations sont intimes et chaleureuses<sup>376</sup> ».

Amandine Peyron : « Les relations avec les patients sont enrichissantes : on s'intéresse à la personne qui n'est pas seulement un cas opératoire, ou "la tuberculose de la 101". Celui qui m'a donné le ton de la prise en charge, l'envie de rester et de m'investir dans cet Hôpital, est très certainement le Dr Uzan qui, lors d'une visite hebdomadaire, s'est assis à côté d'un patient, lui a pris la main et lui a dit, avant même d'aborder la raison médicale : "Alors, les enfants, la famille, comment ça va ?" Finalement, on a d'abord face à nous une personne humaine<sup>377</sup> ».

Alain Radigales : « En résumé : notion de respect, volonté de rendre service à tous<sup>378</sup> ».

David Gonzalvo : « Les retours de nos patients restent encore très positifs. Ils sont globalement satisfaits de leur prise en charge en hospitalisation ou en consultation. Des côtés négatifs sont cependant récurrents : le bruit, la qualité des repas... Mais l'enjeu, pour moi, est de savoir si les Toulousains connaissent l'HJD. Notre Hôpital reste assez méconnu. Il faut qu'il ait davantage de visibilité sur la ville ou que les a priori négatifs de ceux qui le connaissent mal soient levés (passé politique, "Hôpital des pauvres", des fins de vie). Notre travail est de faire en sorte que Toulouse ait d'abord une image de nous et, ensuite, de faire en sorte que celle-ci soit bonne<sup>379</sup> ».

Philippe Loup : « Mon activité aux Urgences est l'un des réceptacles de nos activités de Médecine Sociale : j'ai une fenêtre ouverte sur toute la géopolitique du monde. J'entends parler d'un conflit et, quelques mois après, je vois arriver les réfugiés (Kosovars, Albanais, Géorgiens, Libyens, Tunisiens, Syriens...). Je vois défiler le monde entier en restant à Toulouse ! Joseph-Ducuing est l'Hôpital des réfugiés espagnols, tout cela est une belle prolongation<sup>380</sup> ».

Francis Saint-Dizier : « Beaucoup de patients semblent attachés à l'Hôpital grâce à l'ambiance qui y règne. Les médecins ne sont pas d'une rigidité médicale absolue avec les patients : nous en voyons certains qui s'en vont prendre un verre, à la terrasse du café d'à côté, avec leur perfusion ; il faut savoir être tolérant, surtout avec nos patients marginaux. Dans l'ensemble, les personnes que nous soignons semblent avoir une vraie reconnaissance de notre empathie<sup>381</sup> ».

375 Docteur Stéphane ACZEL, entretien du 28 novembre 2013 à Vigoulet-Auzil.

376 Docteur Francis GACHES, entretien du 7 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

377 Madame Amandine PEYRON, questionnaire et entretien, 9 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

378 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

379 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

380 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

381 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

Laure Jonca : « Je ne vois plus trop de patients, hormis ceux qui sont mécontents – je m'occupe, entre autres, des contentieux entre les usagers et notre établissement. Ce n'est pas toujours simple avec eux mais mon parcours professionnel m'aide. Je sais les difficultés des médecins, je connais leurs contraintes. J'ai l'habitude de prendre du recul, de positionner la personne dans son statut de victime, le cas échéant, tout en ayant un regard bienveillant sur mes confrères, restés soignants. J'ai gardé pour eux beaucoup d'affection car ils sont dans une démarche attentive, dans la relation humaine, avec un quotidien difficile<sup>382</sup> ».

Michel Roumy : « Les retours des patients sont souvent très bons, certains sont enchantés. Pour la Maternité, c'est le délire, mais la Chirurgie et la Médecine ont aussi d'excellents retours. Mais les patients ne sont pas satisfaits de tout : nous avons un très bon cuisinier. Pour un malade, bien s'alimenter est très important. Les réglementations sur l'hygiène alimentaire ont changé : aujourd'hui nous distribuons de la nourriture congelée ; les patients s'en plaignent. Certains disent aussi que les services sont bruyants (portes qui claquent, personnels qui s'interpellent dans les couloirs). Ceci dit, c'est un endroit où tous les salariés frappent encore à la porte et attendent une réponse avant d'entrer dans la chambre<sup>383</sup> ».

Thierry Marmet : « Pratiquer les soins palliatifs, c'est se confronter au fait de ne pas faire de curatif, de ne pas forcément savoir quoi dire mais, quoiqu'il arrive, le patient sait qu'on est là, qu'on l'écoute. On réfléchit, on est attentif à lui, on le fait parler. Ce qui caractérise ce que j'aurai appris de plus, en Soins Palliatifs, c'est m'asseoir auprès des patients, me taire, et écouter. Créer une attention suffisante pour que la personne puisse faire récit de sa propre souffrance, qu'elle puisse se rendre compte que sa propre souffrance génère en nous une souffrance. Dans ce genre de cas, nous ne sommes plus dans la toute-puissance médicale, il y a comme une cassure de l'asymétrie entre eux, qui sont malades et allongés et nous qui serions en situation de pouvoir, debout, auréolés d'un savoir sur ce qu'il conviendrait de faire. Nous sommes au contraire dans une relation humaine de proximité, dans l'empathie. Bien sûr, il y a aussi, dans les soins palliatifs, une partie médico-technique à maîtriser, sans quoi le reste serait impossible. Mais la personne va mourir, alors l'essentiel réside dans la relation humaine<sup>384</sup> ».

Jean Casanova : « Évidemment, un patient guéri est toujours content mais, ici, il y avait quelque chose de plus : certains manifestaient une gratitude appuyée ; cela est surtout dû aux équipes soignantes, notamment au personnel infirmier que je mets au premier plan. J'ai souvent entendu dire : ici, on s'est occupé de moi comme on ne l'aurait pas fait ailleurs<sup>385</sup> ».

Daniel Garipuy : « Les patients disent qu'il y a des conditions et une qualité d'accueil meilleures à l'HJD qu'ailleurs. Je me suis toujours demandé par quel miracle cela se faisait et,

---

382 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

383 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

384 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

385 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

en fait, je crois que c'est un problème de culture. Comme dans une famille, il y a une sorte de culture de l'accueil qui se perpétue de génération en génération, quel que soit le poste. Les valeurs se transmettent comme l'éducation entre parents et enfants. Je trouve que c'est un peu miraculeux : les nouveaux qui arrivent se fondent dans ce moule-là. J'espère que cela va durer malgré la pression qui s'exerce sur nous. Pour les infirmières, c'est très compliqué : aujourd'hui, elles sont obligées de se cantonner de plus en plus à des actes techniques. Quand on diminue la durée de séjour d'un patient, on concentre de plus en plus les actes techniques. Ce qui en pâtit, c'est le temps passé avec un patient, à lui prendre la main, à lui demander "comment ça va ?", à parler du temps qu'il fait, bref des bêtises, mais qui sont très importantes. Il va être de plus en plus difficile de garder un accueil chaleureux et humain. Après, pour revenir aux relations avec les patients, ce sont les mêmes ici qu'à Purpan : cela dépend de moi et d'eux. Je pense qu'il y a un choix réciproque : les patients choisissent leur médecin et les médecins choisissent leurs patients. Comme j'occupe un créneau particulier, je suis les patients depuis longtemps (une addiction ne se résout pas en trois mois et le VIH est devenu une maladie chronique avec les trithérapies). Cela crée beaucoup de liens, notamment affectifs, entre nous. Malgré tout, il faut savoir garder la distance professionnelle, sinon, nous pouvons faire des bêtises. Des liens d'amitié peuvent parasiter le côté médical. C'est pour cela qu'on dit, avec raison, que les médecins ne devraient pas soigner des membres de leur famille<sup>386</sup> ».

Francis Saint-Dizier rappelle un épisode comique : « Une dame de la bourgeoisie montalbanaise, Professeur à la Faculté de Toulouse, avait une psychose maniaco-dépressive caractérisée par des accès maniaques extrêmement brillants et glorieux. Elle a été hospitalisée quelques jours chez nous. Elle nous avait demandé un balai, un brosse et de l'eau savonneuse pour laver le portrait de Joseph Ducuing, à l'entrée de la cour. Le directeur de l'époque, qui passait par là, l'interpella : "Que faites-vous là, Madame ?". Elle lui répondit sèchement : "Qui êtes-vous, Monsieur ?". L'autre : "Le directeur de l'Hôpital !". Elle : "Vous n'avez pas honte de laisser Joseph Ducuing dans un état pareil ?!"<sup>387</sup> ».

### **Annexe 6.3 : C – Les valeurs incarnées par cet Hôpital.**

« Un Hôpital plus public que le Public... » (leitmotiv).

Nadine Quehan : « Humanisme, tolérance, droit d'accès pour tous sont toujours d'actualité<sup>388</sup> ».

Thierry Marmet : « Respect de la personne et de sa dignité, solidarité, tolérance, attention à l'altérité. Tous les fondements de l'éthique sont le socle sur lequel peut fonctionner cet établissement : l'attention sur les principes de bienfaisance et non-malfaisance, l'autonomie de

---

386 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

387 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

388 Madame Nadine QUEHAN, questionnaire et entretien, décembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

la personne, la justice et l'égal accès aux soins sont très importants chez nous<sup>389</sup> ».

Jacques Cauquil : « J'ai veillé à ce que l'HJD soit dans un continuum avec l'époque des Résistants espagnols. La compassion, l'attention portée aux gens en difficulté, tout cela résonne bien dans cette structure. Nous manquerions à notre devoir si nous n'offrions pas les meilleurs soins à ceux qui en ont le plus besoin. En tant que directeur, j'ai toujours considéré que le rôle des médecins était de soigner ; le mien était de faire rentrer de l'argent au mieux pour que nous assumions totalement nos missions. Nous n'avons jamais refoulé un patient dans la rue<sup>390</sup> ».

David Gonzalvo : « L'Hôpital incarne d'abord les valeurs du Service Public : nous défendons le principe de l'égalité d'accès (défense du secteur 1, rejet du dépassement d'honoraires) et soutenons le principe de continuité de fonctionnement, en assurant un service d'Urgences sept jours sur sept. Ensuite, nous prenons en charge des populations délaissées : nous faisons de la Médecine Sociale et nous traitons des pathologies un peu délaissées ailleurs (Toxicomanie et VIH il y a trente ans, Soins Palliatifs il y a vingt ans ; aujourd'hui, la tuberculose, les prothèses septiques, les Maladies orphelines). Dernière chose, la question de la prise en charge globale, multidisciplinaire du patient. La question, en débat aujourd'hui comme il y a trente ans, est la suivante : Comment faire vivre ce concept avec le fonctionnement hospitalier et les enjeux que nous connaissons ? Car c'est une particularité de l'HJD : les cliniques ne se préoccupent pas de prise en charge globale et le CHU a du mal à l'envisager, du fait de son cloisonnement<sup>391</sup> ».

Marc Uzan : « C'est bien sûr la question fondamentale, à laquelle il n'est pas si simple de répondre, alors que l'on fait constamment référence à nos valeurs, à notre éthique. Déjà, nous respectons l'Éthique médicale contenue dans le serment d'Hippocrate (nous soignons avec la même attention tous les patients). Ceci suppose d'abord de créer les conditions matérielles pour pouvoir les prendre en charge, puis d'avoir une culture générale, et pas strictement médicale, qui nous permette de les comprendre. Ensuite, nous respectons les principes du Service Public hospitalier : accueillir tout le monde, soigner toutes les pathologies. Nous nous efforçons aussi en Médecine de soigner en même temps les différentes pathologies dont une personne peut souffrir, ce que permet l'orientation généraliste du service et son type de fonctionnement. Les valeurs de cet Hôpital sont aussi celles des réfugiés espagnols fondateurs : la solidarité envers les couches les plus défavorisées (les plus démunis, les personnes marginalisées par une addiction, par des troubles mentaux) et la volonté de soigner au mieux, malgré nos moyens modestes, en dispensant des soins au meilleur niveau technique possible et en se formant. Les plus défavorisés sont les plus difficiles à soigner (absence de compliance, agressivité, absence de reconnaissance...). C'est là qu'il est important que le médecin ait une culture générale, une éthique personnelle. La culture historique ou politique permet de comprendre pourquoi telle

---

389 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

390 Monsieur Jacques CAUQUIL, entretien du 13 décembre 2013 à Toulouse.

391 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

personne se trouve marginalisée, non compliant, ou agressive. A partir de là, on peut être tolérant, ne pas juger ni rejeter, et se comporter véritablement en médecin. Valeurs aussi d'anticipation ("avant-garde" pour reprendre un terme ancien). Un petit établissement comme le nôtre trouve sa raison d'être en essayant de percevoir, avant tout le monde, quels besoins de santé vont émerger, dans le contexte urbain toulousain. Cette petite taille et les bons rapports existant entre l'administration et les médecins permettent de mettre rapidement en place des actions sanitaires. Il en a été ainsi pour la prise en charge des patients toxicomanes infectés par le VIH, que tout le monde croyait incurables, et dont on redoutait qu'ils disséminent partout la maladie. Il en a été ainsi de la prise en charge des adolescents en souffrance, qui ne trouvent leur place ni en Psychiatrie, ni en Pédiatrie, pour lesquels nous avons proposé un projet de soins aux tutelles, dès les années quatre-vingts (nous avons été les premiers à accueillir les anorexiques mentaux avec un programme de soins ; nous sommes une des rares structures prenant en charge, dans le même lieu, des troubles psychiatriques et somatiques). Idem pour les diabétiques maghrébins ne lisant pas le français (nous avons, les premiers sur Toulouse, créé des semaines d'éducation thérapeutique en langue arabe). L'HJDV abrite encore des valeurs de respect du savoir de chacun, d'écoute active du confrère, ce qui est permis par le partage de valeurs communes. Transmettre, aider à la transmission du savoir médical (organisation de groupes de Formation Médicale Continue, de Séminaires, de publications, de thèses, par l'accueil d'internes et d'externes) est très important à Joseph-Ducuing<sup>392</sup> ».

Francis Gaches : « Cet Hôpital a toujours eu le rôle d'accueillir toutes les populations, de tout milieu social, quelles que soient les pathologies à traiter. C'est une structure de proximité, de centre-ville, avec un esprit de dispensaire (on y vient comme chez son généraliste)<sup>393</sup> ».

Jean Casanova : « Altruisme, coopération et cohésion, travail collectif (ce qui concerne l'un concerne tout le monde), tradition de lutte aussi (ne pas se laisser faire, désobéir). Implication, rigueur, envie de gagner, de bien faire. Exigence intellectuelle et transmission complètent le tableau (les anciens transmettent un témoin aux plus jeunes)<sup>394</sup> ».

Des infirmières : « Qualité de soins et innovations techniques, place centrale du patient, situé au cœur de la démarche de soins. Accueil de toutes les populations, sans discrimination. Respect et reconnaissance par les patients et la direction pour le travail réalisé par les soignants ». « Valeurs humaines d'écoute, de respect et de service ». « Pas de compétition ». « Aujourd'hui, ces valeurs sont menacées par les concepts de rentabilité et d'efficacité<sup>395</sup> ».

Christophe Paulo : « La solidarité et l'altruisme sont des valeurs constantes : chacun à son poste pousse dans la même direction pour avancer. Les valeurs portées sont : l'humanisme, la culture,

---

392 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

393 Docteur Francis GACHES, entretien du 7 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

394 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

395 Des infirmières de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

l'égalité homme-femme et inter-générationnelle, un œil affûté sur les besoins et les exigences de Santé publique, une préoccupation certaine pour les gens en détresse, la notion d'ouverture sur la ville (ateliers de *Varsovie*). Et puis il y a nos valeurs associatives : nous ne sommes pas là pour faire des bénéfices ! Quels que soient les services, la catégorie de personnel, on reconnaît l'HJDV par ce côté humain, sa bienveillance, sa gentillesse. Il serait difficile de ne pas s'attacher à cet Hôpital<sup>396</sup> ».

Gérard Giordano : « Un humanisme permis par le salariat des médecins qui sont ainsi détachés de tout rapport direct avec l'argent. Nos décisions ne sont pas influencées par ce critère économique et cela nous donne une certaine sérénité intellectuelle, sans parasitage. Nous avons une liberté intellectuelle dans nos décisions médicales, avant toute autre considération<sup>397</sup> ».

Alain Radigales : « Intégrer toutes les dimensions de la personne est important. Quand on est soignant, si l'on n'intègre pas la façon dont vit la personne sur le plan personnel, familial, culturel, environnemental, on passe complètement à côté (on revient à la notion de soigner des organes mais pas une personne). Je m'en suis aperçu avec l'humanitaire, avec notre toute-puissance occidentale. C'est Francis Gaches qui m'a appris cela : quand nous allons délivrer des messages de prévention en Afrique, nous avons une vision de ce qu'est notre façon de penser. Nous délivrons ces messages, mais ils ne sont pas forcément reçus (donc pas efficaces). Alors pour qui le fait-on ? Pour nous ou pour eux ? Normalement, pour eux...<sup>398</sup> ».

Jacques Barsony : « Celles d'Hippocrate : pas de valeur d'argent, soigner les gens, point (si le patient peut payer, il paye, sinon il ne paie pas). Soigner tout le monde, sans préjugés, même les patients à multiples problèmes. C'est la dimension sociale de la Médecine. Autres valeurs : hôpital familial, efficace, sympathique ; médecine de proximité et de réseaux<sup>399</sup> ».

Daniel Garipuy : « Nous pratiquons une médecine qu'à notre époque on qualifie de sociale. C'est de la Médecine, point ! Nos valeurs sont : le respect de l'individu, quel qu'il soit, la prise en compte des personnes sur un plan non seulement médical, mais aussi psychologique, social... Il y a parfois chez nous une quasi discrimination positive. On ne se comporte pas pareil avec un cadre supérieur de l'Aérospatiale (qui sait comment fonctionne le système) qu'avec un immigré maîtrisant mal la langue et les codes ; pour ce dernier, il faut prendre plus de temps pour expliquer et rassurer. L'accueil était aussi une qualité chez nous, mais il s'est quelque peu dégradé. Je prends un exemple : le standard téléphonique. C'est souvent le premier contact d'un patient avec l'Hôpital. Jusqu'à il y a quelques années, en faisant le numéro de l'HJD, on avait quelqu'un au bout du fil, avec lequel on pouvait parler. Aujourd'hui, on tombe sur une boîte vocale ! C'est une dégradation importante du service rendu : en général, quand on appelle

---

396 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

397 Docteur Gérard GIORDANO, entretien du 28 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

398 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

399 Docteur Jacques BARSONY, entretien du 9 janvier 2014 à Toulouse.

l'hôpital, on est stressé. Pour peu qu'on soit un peu âgé, ou qu'on ait un truc de travers... Alors pourquoi en est-on arrivé là ? Parce que cela coûte moins cher !<sup>400</sup> ».

Amandine Peyron : « Des valeurs humaines et de solidarité<sup>401</sup> ».

Sophie Ancellin : « Tout le monde travaille avec un réel souci des patients, une grande humanité, depuis les agents d'entretien jusqu'aux Chefs de Service. Il existe un cercle vertueux qui pousse à s'investir et à prendre soin des malades. Cet Hôpital incarne un petit village gaulois qui résiste contre les dérives du système de santé et garde l'objectif de soigner tout le monde de la même manière. Quelques cliniques privées refusent de prendre en charge les patients sous méthadone. Pour certains de ces patients – s'étant sentis ou ayant été réellement rejetés d'autres structures – Joseph-Ducuing reste le dernier lien avec le système de soins [et avec la société]. Bref, humanité, non discrimination, haut degré de compétence et exigence<sup>402</sup> ».

Michelle Antonucci : « Avant, travail efficace, de qualité. Aujourd'hui, rentabilité<sup>403</sup> ».

Laure Jonca : « On nous dit que si nous voulons attirer les meilleurs praticiens, il faut développer une consultation privée. Les nôtres sont très bons et restent chez nous même s'ils pourraient mieux gagner leur vie ailleurs. Ils ont d'autres valeurs : humanisme, indépendance, égalité, liberté, désintéressement, innovation, créativité, dynamisme, adaptation à l'environnement (économique, politique, social, médical). Il faudra conserver tout ça !<sup>404</sup> ».

David Gonzalvo : « Un mélange d'humanité et de sécurité<sup>405</sup> ».

Alain Radigales : « C'est d'abord le patient au centre de tout. Quand j'étais jeune étudiant au CHU, j'avais été marqué par les va-et-vient dans les sous-sols de Purpan : on baladait les malades d'un service à un autre, pour se rendre à un examen, à une consultation... Le malade virevoltait dans l'hôpital ! A Varsovie, la taille de l'établissement permettait que les professionnels se parlent de manière directe, au sujet d'un patient. On se réunissait dans la chambre, autour de la personne pour faire venir la connaissance scientifique à elle. Le patient au centre de la préoccupation hospitalière, pour moi cela a du sens. Après, pour le reste des valeurs, nous n'avons rien inventé : vous prenez le serment d'Hippocrate, les fondements du Service Public hospitalier, les fondements du social et du médico-social ; à cela, vous ajoutez les notions de respect et de prise en charge globale de la personne. Vous mixez et il en ressort "l'esprit varsovien". Le déclaratif de l'Association des Amis de la Médecine Sociale est la base de toute l'action menée à l'HJD. L'article 1 des statuts ambitionne « de permettre à toutes les populations de bénéficier des soins médicaux les meilleurs possibles, quelle que soit leur origine ». Ça n'a pas pris une ride !<sup>406</sup> ».

400 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

401 Madame Amandine PEYRON, questionnaire et entretien, 9 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

402 Docteur Sophie ANCELLIN, ancienne interne de l'HJDV ; questionnaire de novembre 2014.

403 Madame Michelle ANTONUCCI, infirmière à l'HJDV depuis 1977 ; questionnaire de novembre 2014.

404 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

405 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

406 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

Michel Roumy : « Solidarité, humanité, innovation. Joseph-Ducuing a toujours eu des capacités d'innovations, dans des domaines où la France était en retard. Le but, l'éthique de l'Association, c'est une médecine de qualité pour tout le monde, indépendamment des revenus financiers des uns et des autres, sans pour autant être un dispensaire. Donc une médecine de qualité avec des secteurs de pointe. A ce propos, la dernière certification nous a été très favorable, nous plaçant dans les 15% les plus vertueux (avis sans réserve et sans recommandation). Tout cela implique des médecins salariés, pas de développement de secteurs qui rapportent (même depuis la T2A). Il est seulement question de répondre aux besoins de la population. Chez nous, il n'y a pas de dépassements d'honoraires. Il ne doit pas y avoir de relation financière directe entre le patient et le médecin. Cela nous a posé et nous posera des problèmes car il y a une concurrence féroce, pour le recrutement de certains spécialistes, avec des cliniques privées ; les salaires qu'elles offrent sont bien plus importants que les nôtres. Nous arrivons toujours à recruter parce que certains jeunes qui sortent du CHU n'ont pas forcément envie de gagner des sommes folles. Beaucoup viennent ici parce qu'ils ont été internes chez nous, ou bien parce qu'ils en ont entendu parler. Ils savent qu'ils auront une liberté de travail qu'ils n'auraient pas dans le privé. Je n'aurais aucun intérêt à travailler pour une Association qui se mettrait à faire des dépassements d'honoraires, et surtout à sélectionner les patients, pour pouvoir payer les médecins une fortune. Il nous faudra tenir bon. Le secteur 2 (dépassements d'honoraires) était d'abord uniquement ouvert dans les CHU. Il a cours maintenant dans tous les hôpitaux généraux. Nous sommes rentrés dans une compétition complètement absurde. Les dépassements d'honoraires devraient être supprimés ! Le pire est d'entendre des patients dire : « S'ils demandent si cher, c'est que ce sont les meilleurs » ; ce n'est pas vrai, mais ils le croient ! Autre valeur majeure, incarnée par l'Hôpital : la solidarité, la base même sur laquelle il a été construit, avec le système de la Sécurité Sociale. Soigner tout le monde, avec une médecine de qualité. Pendant longtemps, on a essayé de nous coller l'étiquette de dispensaire, avec une qualité de soins médiocre. Nous ne faisons pas une médecine d'organe, le patient est pris en charge dans sa globalité. Enfin, l'innovation est aussi une marque de fabrique, depuis l'époque espagnole de l'hôpital (pas simplement sur des progrès techniques, mais surtout sur les choses à mettre en place pour répondre à des problèmes de Santé publique). Cela entraîne une adhésion importante de la population à notre établissement<sup>407</sup> ».

Francis Saint-Dizier : « Au regard de son histoire, l'Hôpital a incarné une valeur extrêmement importante : celle de l'intégration. En 1939, après la *Retirada*, 500 000 à un million de Républicains Espagnols franchissent la frontière, dont 35 000 viennent s'installer à Toulouse qui compte alors 300 000 habitants ; si vous faites le calcul, ces réfugiés représentaient 12% de la population toulousaine ! Ces personnes, nouvellement arrivées, vont ensuite participer très

---

407 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

activement à la Résistance française contre les nazis dans toute la région. Cela a participé à améliorer le regard que les Toulousains portaient sur ces immigrés espagnols. En 1944, en comprenant que leur espoir de revenir un jour en Espagne devient nul, ils créent un hôpital et s'intègrent ainsi dans le paysage toulousain. C'est l'Hôpital de l'intégration ! Il a permis l'intégration des Espagnols à Toulouse, il continue à participer à l'intégration des populations immigrées. Nous ne sommes pas non plus des laxistes. Nous soignons des malades à qui nous disons, lorsqu'ils sont guéris : « Vous n'êtes plus malades, donc vous sortez ». Mais il faut penser à avoir des relais pour ne pas les mettre à la rue. L'autre valeur fondamentale, appréciée par beaucoup de patients et affichée partout comme une règle absolue : faire exclusivement de la médecine de secteur 1, remboursée par la Sécurité Sociale. L'établissement est extrêmement attaché aux valeurs républicaines du système de soins français<sup>408</sup> ».

« Cet Hôpital est le symbole d'une communauté espagnole immigrée, le symbole de la participation des Républicains Espagnols à la Résistance française, le symbole d'une médecine de dévouement, d'une Médecine Sociale<sup>409</sup> », selon Charles Nieto.

#### **Annexe 6.4 : D – Singularité de l'HJDV par rapport aux autres établissements.**

Jean Casanova : « J'ai travaillé à l'Hôpital public et dans un hôpital privé à but non lucratif avec mission de Service Public. Je me suis aperçu qu'il y avait deux grandes manières de remplir cette mission : l'une qui tend à déresponsabiliser la plupart du personnel, à tous les niveaux (ce n'est pas une critique de personnes, mais de structure : les gens ne se sentent pas propriétaires de leur établissement ; cette question peut d'ailleurs se poser pour d'autres domaines du secteur public) ; a contrario, à Joseph-Ducuing, on se dit : « C'est mon Hôpital, je vais mouiller la chemise, en m'impliquant au maximum ! ». Je n'ai pas regretté la lourdeur administrative, l'inertie de l'Hôpital Public. A l'HJD j'ai eu 20 ans de bonheur ! Des confrères dans le libéral étaient confrontés aux pressions des actionnaires des cliniques, à un stress permanent, à des exigences de rentabilité...<sup>410</sup> ».

Gérard Giordano : « Par rapport au CHU, la réactivité et la flexibilité sont plus importantes à l'HJD, grâce à l'effet taille. La pression hiérarchique y est moindre<sup>411</sup> ».

Francis Saint-Dizier : « La fonction de notre Hôpital, minuscule structure dans une agglomération de plus d'un million d'habitants, est d'être complémentaire des autres institutions hospitalières afin de combler les manques. L'une de nos caractéristiques, du fait de notre petite taille, est la capacité d'adaptation rapide aux pathologies émergentes et à des populations

---

408 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

409 Charles NIETO, vice-président de l'Amicale des Anciens Guérilleros Espagnols en France FFI, lettre lue pour le 55<sup>e</sup> anniversaire de la création de l'Hôpital Varsovie.

410 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

411 Docteur Gérard GIORDANO, entretien du 28 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

fragilisées. S'occuper des comorbidités est notre force. Attention, nous ne voulions pas non plus nous spécialiser dans la marginalité : notre idéologie était de pouvoir recevoir, dans la même chambre un professeur des universités et un toxicomane. Garder un très bon niveau, tout en préservant notre penchant pour la Médecine Sociale. Durant la période espagnole, la philosophie était la même<sup>412</sup> ».

David Gonzalvo : « Par rapport à ce que j'ai vécu ailleurs, l'HJD défend davantage le sentiment d'égalité d'accès. Il y existe un réel militantisme pour la défense des plus fragiles, des plus précaires (sorte de discrimination positive)<sup>413</sup> ».

Sophie Ancellin : « Je crois que, tout au long de mon cursus, je n'ai pas arrêté de faire cela, comparer l'Hôpital Joseph-Ducuing avec les autres structures...<sup>414</sup> ».

Une infirmière : « Par rapport à une expérience vécue au CHU (deux ans), à l'HJD les patients ne sont pas numérotés, il n'y a pas de hiérarchie lourde, voire abusive, ni de rivalités<sup>415</sup> ».

Philippe Loup : « J'avais été Assistant à l'hôpital de Figeac, qui était aussi une structure à taille humaine avec une ambiance sympathique, mais dans un cadre particulier : isolé de tout. Je fus très étonné de retrouver la même ambiance ici, en plein cœur d'une ville hospitalo-universitaire !<sup>416</sup> ».

Marc Uzan a exercé presque dix ans, durant sa formation (externat, internat puis clinicat), à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (l'APHP), avant d'arriver à l'HJD. « Les différences tiennent d'abord, bien sûr, à la taille. Dans le service de Médecine de l'HJD, nous faisons ce qui se fait habituellement dans plusieurs services différents : Gastro-Entérologie, Rhumatologie, Médecine Interne, Cardiologie, Infectiologie, Diabéto-Endocrinologie, Psychiatrie, etc... Dans un grand hôpital, on dirige souvent les patients vers un service spécialisé. A l'HJD, on les gardait, sauf si nous n'avions pas les moyens techniques de nous en occuper. Autre différence notable : l'absence de rapport hiérarchique entre médecins, pas de lutte de postes, pas d'enjeu de pouvoir à *Varsovie*. Les médecins, les soignants en général, choisissaient ce lieu : ils ne s'y retrouvaient pas par hasard. Ensemble, ils partageaient une éthique commune. Enfin, la dernière différence était le sentiment partagé que l'HJD nous appartenait, que son avenir dépendait de notre travail<sup>417</sup> ».

Francis Gaches : « A mon arrivée à l'HJD, j'ai vu un fonctionnement du service de Médecine complètement différent de mes expériences habituelles. J'étais le cinquième médecin, il n'y avait pas de hiérarchie, nous étions tous à égalité, il n'y avait pas de carriérisme. Le militantisme du personnel de Joseph-Ducuing m'a marqué ainsi que le fait que tout le monde

---

412 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

413 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

414 Docteur Sophie ANCELLIN, ancienne interne de l'HJDV ; questionnaire de novembre 2014.

415 Une infirmière de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

416 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

417 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

soit très adhérent à la structure. Du point de vue des patients, la proximité de cet Hôpital est en contraste avec la barrière que peut constituer un CHU : les personnes, au même titre que les médecins traitants, y ont plus facilement accès aux différents médecins. La taille restreinte de la structure joue beaucoup<sup>418</sup> ».

Daniel Garipuy : « Purpan est une énorme machinerie, avec des technologies extrêmement pointues. Heureusement qu'on a ça à côté. Avec ses fonctions de recherche, le CHU est une nécessité absolue. Mais les gros vaisseaux sont durs à manier. La taille des CHU comme le nôtre est immense. Cela pose des problèmes de gestion. Il faudrait réaliser des entités plus petites, tout en gardant une taille suffisante pour avoir des équipements très spécialisés. La qualité des équipes médico-chirurgicales est incontournable à l'HJD. Mais sans vouloir la minimiser, on trouve ailleurs aussi d'excellents praticiens. Voilà ce qui fait la différence, selon moi : notre taille à échelle humaine, la qualité de notre accueil, la prise en compte des patients dans la globalité de leur être somatique, psychologique et social ; enfin, notre capacité à assurer pleinement la mission du Service Public : recevoir et traiter, dans des conditions optimales, tout public, ce qui suppose une attention particulière aux plus exposés, aux personnes en grande précarité sociale, aux migrants issus d'autres cultures<sup>419</sup> ».

#### **Annexe 6.5 : E – Solutions pour préserver l'éthique et l'esprit des Fondateurs.**

Daniel Garipuy : « Ce qu'a toujours gardé l'Hôpital, c'est son éthique de fonctionnement. Il n'y a pas de secteur privé chez nous, nous accueillons tout le monde. C'est déterminant, comme le fait que les médecins ne soient pas payés à l'acte. La T2A, c'est bien gentil, mais le corollaire est de payer les médecins selon la tarification à l'activité. Si un jour nous sommes payés à l'acte, nous serons foutus parce que nous ne sommes pas des saints... Le fait d'être salarié confère une tranquillité importante dans nos rapports avec les gens. Il faudra le maintenir<sup>420</sup> ».

Une infirmière : « L'HJD est sous pression, le personnel aussi. Nous allons devoir nous battre pour survivre, répondre aux demandes des tutelles. Dans ce contexte de pression croissante, comment défendre des valeurs ?<sup>421</sup> ».

Jacques Barsony : « S'occuper des toxicomanes, pratiquer des avortements, tout cela était interdit. Il faut savoir obéir aux ordres, quand on pense qu'ils sont valables et savoir désobéir, quand on pense qu'un fait est injuste ou illégitime, aussi légal soit-il ! Savoir faire profil bas au bon moment, avant de resurgir à un autre. Il faut garder en perspective l'intérêt des patients, essayer de comprendre le sens de l'Histoire. Mais à l'époque actuelle, les marges de manœuvre sont plus restreintes<sup>422</sup> ».

418 Docteur Francis GACHES, entretien du 7 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

419 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

420 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

421 Une infirmière de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse ; questionnaire de novembre 2014.

422 Docteur Jacques BARSONY, entretien du 9 janvier 2014 à Toulouse.

Alain Radigales : « Pour soigner une personne, il faut bien la situer dans son environnement. C'est une constante à Joseph-Ducuing. Espérons que tout cela continue malgré l'évolution des pratiques qui tend à raccourcir la durée moyenne des séjours, à compresser le temps de consultation, à réduire le temps passé avec chaque patient... Ce qui est très important c'est la ligne philosophique dictée par le CA qui figure dans le projet associatif. Il faut se battre pour que l'Hôpital continue sur la même lancée, avec la même philosophie. Il ne faut pas faire d'angélisme, la concurrence est féroce, y compris avec le secteur public. Il faut continuer à se battre mais l'environnement, le contexte ont beaucoup changé. Sur le plan des politiques et des stratégies institutionnelles, cela devient difficile. Ce qu'il conviendrait de faire pour préserver cette éthique, cet état d'esprit : d'abord, que la gouvernance soit exigeante sur l'éthique, justement. Deuxièmement, il faudrait que les Chefs de Service acceptent le pari que, malgré les contraintes économiques, il faut sous-tendre les pratiques médicales des valeurs des principes fondateurs et de l'éthique. C'est à la fois complexe et simple. Je crois que pour les jeunes générations comme la vôtre, il ne faut pas seulement vous apprendre la Médecine, il faut vous faire participer à la réflexion sur les institutions. Il faut que tout le monde s'en préoccupe (pas seulement les dirigeants ou les Chefs de Service). Dans quelle institution on travaille ? Pourquoi et comment on y travaille ? Comment on risque d'y travailler demain ? Ensuite, il faut remettre ceci en débat : Quelle médecine avons-nous envie de pratiquer, demain ?<sup>423</sup> ».

Amandine Peyron : « La collaboration avec les médecins, le travail en partenariat sont primordiaux. Pour préserver l'esprit de Ducuing, il faudrait que le patient garde toujours sa place, au centre de tout, que le travail d'infirmier ne se limite pas à des actes techniques ou administratifs. Ensuite, garder à l'esprit le devenir du patient me paraît important, en anticipant, car la prise en charge ne doit pas se limiter à la date de sortie. Enfin, il faudrait avoir le souci de bien faire son travail et que tous les corps de métiers continuent à s'investir et à s'engager avec la même force<sup>424</sup> ».

Michel Roumy : « Le bon fonctionnement de l'Hôpital dépend, bien sûr, des soignants et des administratifs. Mais le rôle du CA est très important : il veille à l'éthique de l'établissement<sup>425</sup> ».

David Gonzalvo : « Deux ingrédients : les valeurs se transmettant par les individus, il faut des passages de témoins culturels quotidiens entre les anciennes et nouvelles générations. La direction, quant à elle, doit être inflexible sur certains axes de positionnement (envoyer des messages sur lesquels on ne peut déroger sur le plan des valeurs, pour éviter des phénomènes qui seraient inacceptables). Mon rôle est de maintenir les orientations prônées par le CA (ne pas dévier du secteur 1, maintenir l'accès à toutes les populations, continuer à prendre en charge des pathologies délaissées). Lorsque des salariés ont des attitudes inadaptées (accueil,

---

423 Monsieur Alain RADIGALES, entretien du 9 janvier 2014 au siège de la FEHAP, rue des Novars à Toulouse.

424 Madame Amandine PEYRON, questionnaire et entretien, 9 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

425 Monsieur Michel ROUMY, entretien du 29 novembre 2013 à Toulouse.

maltraitance, propos à connotation raciste ou déplacés), il nous faut être vigilants et sanctionner sur le champ (avertissement, licenciement). On peut tolérer des erreurs médicales ou de soins, même si ça peut être dramatique pour le patient (la direction soutient ses salariés), mais des comportements volontairement inadaptés, en terme d'éthique, c'est une faute, donc c'est la porte ! Il y a des lignes rouges à ne pas franchir<sup>426</sup> ».

Philippe Loup : « Bien qu'il y ait parfois des désaccords, les gens ont compris que nous devons avancer tous ensemble dans la même direction. Avec la concurrence, nous avons conscience que les choses pourraient très bien se passer sans nous. Il faudra trouver un équilibre entre la rationalisation imposée (logiques financières difficilement contournables) et notre originalité qui est absolument à préserver !<sup>427</sup> ».

Jean Casanova : « Ce qu'il conviendrait de faire pour préserver l'esprit qui règne dans cet Hôpital ? Ce que tu fais, ce n'est déjà pas mal. L'hôpital pourrait t'aider de manière à ce qu'il y ait une diffusion très large de ton ouvrage, au niveau des équipes soignantes et de tout le personnel de l'Hôpital. Si c'est lu, ça participera à la transmission. Tu n'as pas besoin de mettre en exergue des solutions pour permettre de sauvegarder tout cela. Ton travail suffit, dans la mesure où il va fixer quelque chose, montrer ce qui a existé. Il ne faut pas donner la solution aux gens, il faut leur donner les éléments pour qu'ils la trouvent... Mais garder les yeux ouverts et rester vigilant me semble important. A l'HJD, ce sont des lutteurs. Je ne suis pas optimiste pour l'avenir. Il y a des passages de relais...<sup>428</sup> ».

Daniel Garipuy : « Pour une large part, cela dépend d'autre chose que de nous. Nous baignons dans une ville, un pays, avec une politique de Santé qui nous échappe. Il faudrait repenser pas mal les choses. En politique de Santé, nous parlons beaucoup d'abus, de gaspillage... C'est évident ! Mais il faudrait modifier nos règles de financement pour continuer à développer l'HJDV avec la même éthique. Pour le moment, j'ai le sentiment qu'on est en phase de résistance contre une sorte d'énorme vague qui considère en gros la santé comme une marchandise. Après tout, suivons les lois du marché, tout le monde sera content ! C'est une vision pessimiste mais c'est à ça qu'il faut résister. Je reste malgré tout optimiste : un jour ou l'autre, dans le domaine de la Santé, les choses devraient changer, sinon nous allons aboutir à des besoins non satisfaits. Mais ce n'est pas facile de résister au quotidien...<sup>429</sup> ».

Francis Saint-Dizier : « Rester opérationnels avec un haut niveau scientifique, dans une ville comprenant un CHU, tout en gardant la tradition de l'Hôpital [ polyvalence et accueil de toutes les populations, notamment des migrants (les Espagnols, puis les Maghrébins, les personnes d'Afrique subsaharienne et, ponctuellement, les réfugiés et exilés politiques)]. Je pense que

---

426 Monsieur David GONZALVO, entretien du 10 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

427 Docteur Philippe LOUP, entretien du 6 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

428 Docteur Jean CASANOVA, entretien du 17 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

429 Docteur Daniel GARIPUY, entretien du 20 décembre 2013 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

l'avenir de notre Hôpital est également hors les murs : il faut aller discuter avec les associations qui s'occupent des malades ; ainsi, on perçoit plus vite l'émergence de nouveaux problèmes à résoudre.

Ce qui pourrait permettre de préserver l'éthique et l'état d'esprit qui animaient les Pères Fondateurs : d'abord, cet Hôpital est associatif et doit le rester. L'Association des Amis de la Médecine Sociale continue d'être liée au monde social. Elle se renouvelle elle-même (militants syndicaux, associatifs, représentants de la municipalité) et préside le CA, donc dirige l'Hôpital sur les lignes de fond. Les Pouvoirs Publics doivent aussi être convaincus de l'utilité de l'Hôpital, du bien-fondé de son existence et de son financement, et que la place qu'il occupe, dans le microcosme des hôpitaux toulousains, n'est pas quantité négligeable. Ensuite, il faut veiller à l'embauche du personnel en n'acceptant de faire venir que ceux qui se retrouvent dans cet état d'esprit. Heureusement, ça reste possible grâce au recours au recrutement national, et même au-delà, avec la reconnaissance européenne du diplôme de médecin. Toulouse étant une ville attractive dans notre pays, cela nous facilitera toujours la tâche. Si nous étions situés dans une autre région, nous n'existerions peut-être déjà plus. Donc, à l'avenir, la continuité de l'Hôpital peut être assurée si nous mettons en avant notre attractivité, notre attachement au lien social, notre modernité, notre compétence médicale et technique, le tout dans un cadre à taille humaine et dans une région de France agréable à vivre. Enfin, la polyvalence, qu'il faut préserver à tout prix, est une caractéristique fondamentale de l'Hôpital. Mais l'évolution très technique de la Médecine (multiplication des spécialités), rendra plus difficile le recrutement de médecins polyvalents. La polyvalence confère un esprit d'ouverture. Faire la même spécialité (surtout quand elle est très étroite), du début à la fin de sa carrière, est une aberration absolue. La polyvalence permettra toujours de s'adapter aux nouvelles pathologies, à l'évolution des savoirs et des pratiques<sup>430</sup> ».

Laure Jonca : « Je crois beaucoup à la valeur des hommes : les recrutements (soignants et administratifs) sont essentiels pour maintenir l'éthique et les valeurs de l'institution. Certes, il y a aujourd'hui des contraintes qui n'existaient pas hier, mais on a toujours une marge de manœuvre, on a toujours le choix, et ce sont les personnels qui ont la main dessus, d'où l'intérêt de bien recruter<sup>431</sup> ».

Francis Gaches : « Il est primordial de toujours se préoccuper de savoir qui entre à l'Hôpital : quand on embauche quelqu'un, il faut l'interroger sur ses motivations et faire une sélection (pas seulement sur titres mais aussi sur l'état d'esprit). Pourquoi vient-on là ? Qu'est-ce qu'on espère y faire ? Il faut ensuite travailler à maintenir l'esprit, en rappelant aux nouveaux ce que les anciens ont fait, en leur disant qu'il nous incombe de continuer dans la même trajectoire pour

---

430 Docteur Francis SAINT-DIZIER, entretien du 30 janvier 2014 à Toulouse.

431 Docteur Laure JONCA, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

faire en sorte que demain soit identique à hier. Il nous faut nous impliquer dans l'Hôpital et pas nous cantonner à notre rôle. Il faut porter les idées, les valeurs de *Varsovie* dans les réunions, être dans l'action associative. La direction et l'Association des Amis de la Médecine Sociale ont aussi ce rôle-là. Je compte également sur la jeunesse : il faut préparer maintenant les médecins de demain. Enfin, dans notre état d'esprit, je crois que nous avons un rôle à jouer qui dépasse largement le cadre de notre quartier. C'est pour ça que j'aime avoir des projets internationaux, essayer de faire rayonner nos valeurs ailleurs<sup>432</sup> ».

Thierry Marmet : « La première chose que je ferais : virer la T2A (véritable scandale à mes yeux!). Partout où on a expérimenté ce mode de financement hospitalier, on a fait marche arrière à cause de dysfonctionnements et du caractère inflationniste. J'aimerais qu'on revienne à la dotation globale, mais avec des objectifs de soins précis. On se plaint de la qualité des soins. On se figure que l'industrie peut être un bon modèle pour la santé (améliorer la "production" de soins comme on améliore la qualité de production d'objets). Le soin n'est pas un produit comme un autre ! La pédagogie de l'amélioration continue de la qualité de soins est intéressante, mais elle devient contre-productive si on en fait un outil de contrôle-qualité. Quand on regarde ce que coûte la certification (le temps qu'on y passe, le nombre de professionnels qu'il a fallu détourner de leurs tâches de soins), on se rend compte que le résultat est terriblement mauvais ! Je rêve d'une médecine où l'on partirait de la réalité des besoins d'une population pour se fixer des objectifs de Santé publique. On dirait comment tenir ces objectifs, on définirait les compétences nécessaires en amont et on mettrait en place des indicateurs qualitatifs pour évaluer la qualité des soins<sup>433</sup> ».

Christophe Paulo : « Aucun établissement de santé ne peut dire ce qu'il sera dans quinze ans et s'il sera là encore, à l'exception du CHU. Il nous faudra raisonner en terme de projet d'établissement. Notre place sera différente. Notre dimension aura encore changé. Je ne pense pas que nous serons "phagocytés" par le CHU (en tout cas, nous ne le serons pas par des intérêts privés ou des fonds d'investissements !). Pour préserver l'état d'esprit de l'Hôpital, l'échange et la transmission entre les anciens et les nouveaux membres est indispensable. Il faut accompagner les nouveaux venus, leur donner nos valeurs. En terme d'éthique, il faudra toujours chercher à nous faire connaître, dire qui nous sommes, d'où nous venons, pour réussir à convaincre les décideurs du bien-fondé de notre existence, leur prouver que nous sommes utiles (je crois que nous le sommes)<sup>434</sup> ».

Gérard Giordano : « Avant toute chose, il faut pérenniser l'Hôpital. Nous sommes dans une entreprise de sauvegarde, tout en sachant que nous devons accepter l'environnement dans lequel nous sommes. Le risque serait de considérer notre situation avec une vision très radicale,

---

432 Docteur Francis GACHES, entretien du 7 novembre 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

433 Professeur Thierry MARMET, entretien du 20 décembre 2013 à Toulouse.

434 Monsieur Christophe PAULO, entretien du 30 janvier 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie, Toulouse.

voire autarcique, ce qui serait impossible dans un monde qui se transforme rapidement. S'adapter est vital. Il faut percevoir les changements, prendre des décisions et avoir le courage de ses décisions, tout en gardant des points de repères (pour cet Hôpital, l'humanisme, les valeurs sociales, etc.). Les deux sont conciliables : adaptation aux nouvelles contraintes et préservation des valeurs. Pour cela il faut prendre du recul, accepter de ne pas être dans un système rigide (ce qui nécessite une flexibilité intellectuelle et comportementale). Sur le plan international, les structures qui survivent sont celles qui savent s'adapter et avancer. Rester sur place est impossible. Ce serait une mort lente et assurée. Ensuite, Il faut poursuivre la mise en place de réseaux : c'est la solidité de son réseau et de ses ancrages qui fait qu'une structure est pérenne et qu'elle peut continuer à évoluer<sup>435</sup> ».

Marc Uzan : « Devons-nous, étant donné notre petite taille, rester un hôpital généraliste ou au contraire mettre tous nos moyens dans deux ou trois activités de pointe ? Jusqu'à présent, ce débat a été tranché par le choix de la première option (régulièrement validé par les tutelles, à l'occasion de la signature, tous les cinq ans, du Contrat d'Objectifs et de Moyens). L'autre débat, plus politique, pourrait se résumer ainsi : qu'est-ce qui est le plus à même d'assurer la pérennité de l'HJD ? Notre excellence technique ou bien la fidélité à notre conception de la Médecine qui passe, entre autres, par le développement d'activités de soins vers des couches sociales urbaines en difficulté et l'anticipation des besoins de santé émergents ? J'ai toujours résolument défendu l'option "hôpital généraliste" et j'ai essayé de concilier, ce qui s'est révélé possible, la fidélité à nos convictions et la pratique d'une médecine d'excellence. Jusqu'à présent, nous avons réussi à tenir ce challenge<sup>436</sup> ».

## **Annexe 7 : Divers.**

### **Les différentes appellations de l'établissement :**

- *Hospital Varsovia* de 1944 à 1950 ;
- « Hôpital Varsovie – SA - « Société nouvelle Hôpital Varsovie », de 1950 à 1955 ;
- « Centre médico-social Hôpital Varsovie », de 1955 à 1969 – Gestion par l'« Association des Amis de la Médecine Sociale », mais la Société nouvelle Hôpital Varsovie reste propriétaire du foncier et des murs ;
- « Polyclinique Joseph-Ducuing », de 1969 à 1979 ;
- « Hôpital Joseph-Ducuing », de 1979 à 1990 ;
- « Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie », depuis 1990.

---

435 Docteur Gérard GIORDANO, entretien du 28 novembre 2014 à l'HJDV, Toulouse.

436 Docteur Marc UZAN, entretiens de 2013 et 2014 à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie et à Cugnaux.

### **Les différents directeurs de l'Hôpital qui se sont succédés :**

- Doctor José Miguel Momeñe González, d'octobre 1944 à mars 1945 (hôpital militaire) ;
- Doctor Josep Torrubia Zea, de mars 1945 à septembre 1946 ;
- Doctor Vicente Parra Bordetas, de septembre 1946 à février 1948 ;
- Doctor Francesc Bosch Fajarnés, avec pour adjoint le Dr Josep Bonifaci Mora, de mars 1948 à septembre 1950 ;
- Monsieur Claude Barbaza, du 15 janvier 1951 au 28 février 1953 ;
- Monsieur Henri Dupont, du 2 mars 1953 au 31 juillet 1961 ;
- Monsieur André Sanz, du 1<sup>er</sup> octobre 1961 au 31 décembre 1966 ;
- Monsieur Jean Boulet, du 15 décembre 1966 à 1990 ;
- Monsieur Jacques Cauquil, de 1990 à 2000 ;
- Monsieur Alain Radigales, de 2000 à 2010 ;
- Monsieur David Gonzalvo, depuis le 1<sup>er</sup> Août 2010 (exercice en cours).

### **Les présidents du Conseil d'Administration de la « Société nouvelle Hôpital Varsovie » :**

- Monsieur le Professeur Joseph Ducuing de 1950 à 1955 ;
- Monsieur le Docteur Jean Garipuy de 1955 à 1963 ;
- Monsieur le Docteur Salomon Tauber de 1963 à 1982 ;

En 1982, cette Société nouvelle Hôpital Varsovie est dissoute après avoir fait don à titre gracieux de ses biens à l' « Association des Amis de la Médecine Sociale » qui était déjà locataire et gestionnaire de l'Hôpital à partir de 1955.

### **Les présidents du Conseil d'Administration des Amis de la Médecine Sociale :**

- Monsieur le Professeur Joseph Ducuing de 1955 à 1963 ;
- Monsieur le Docteur Jean Garipuy de 1963 à 1980 ;
- Monsieur le Docteur Salomon Tauber de 1980 à 1984 ;
- Monsieur Michel Roumy depuis 1984 (exercice en cours).

### **Grille d'entretien ouverte à propos de l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie (possibilité de ne pas répondre à certaines questions si elles sont jugées trop intrusives) :**

- Depuis quand connaissez-vous l'Hôpital ?
- Comment vous le représentiez-vous alors ?
- Pourquoi/comment y êtes-vous entré(e) ?
- Pendant quelle période avez-vous exercé dans cet hôpital ?
- Pouvez-vous me raconter des faits marquants que vous avez vécus, qui ont laissé des traces dans votre esprit ?

- Avez-vous connu des périodes de transitions (des dates marquantes en mémoire), des changements de politique de santé au sein de l'hôpital durant votre passage ?
- Comment vous êtes-vous positionné là-dessus ?
- Quelle était l'ambiance générale qui y régnait / y règne, selon votre propre ressenti ?
- Comment qualifieriez-vous vos relations avec vos collègues, avec vos patients ?
- Quelles valeurs, selon vous, incarnait cet hôpital ? Quelles valeurs incarne-t-il aujourd'hui ?
- Avez-vous déjà exercé dans une autre structure hospitalière ? Si oui, pouvez-vous me décrire les différences, si elles existent, avec ce que vous avez vécu à l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie ?
- Selon vous comment faire / qu'est-ce qui pourrait permettre de préserver cette éthique, cet esprit ?

**Questionnaire distribué aux patients dans les services de Médecine, Chirurgie et en Maternité :**

Madame, Monsieur, bonjour.

Ce questionnaire s'intègre à une thèse de Médecine Générale réalisée sur l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie. Vos réponses resteront strictement anonymes. Vous pouvez entourer, rayer, ou écrire pour répondre à ces questions (pour certaines d'entre elles, plusieurs réponses sont possibles).

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

1 – En dehors de cette hospitalisation, êtes-vous déjà venu(e) à l'Hôpital Joseph-Ducuing et si oui pourquoi (hospitalisation, consultation, planning familial, laboratoire, radiologie...) ?

2 – Vous considérez-vous plutôt comme :

- un(e) patient(e) de passage ?
- un(e) client(e) habituel(le) ?
- un(e) ami(e) de l'Hôpital Joseph-Ducuing ?

3 – Quelles raisons vous ont incité(e) à venir à l'Hôpital Joseph-Ducuing la première fois ?

- Proximité de votre lieu d'habitation ?
- Accueil de tout patient sans conditions de ressources (CMU, Aide Médicale d'État...) ?
- Conseil de votre médecin traitant ?
- Conseil d'un parent, ami ou voisin ?
- Conseil d'un collègue de travail ?
- Parce que vous connaissez un médecin ou une personne qui y travaille ?
- Pour la sympathie que vous procure cet Hôpital (ce qu'il représente) ?
- Autre raison (à préciser) ?

4 – L'Hôpital Joseph-Ducuing est-il à votre avis différent des autres hôpitaux ? Oui - Non  
Pouvez-vous préciser pourquoi ?

5 – Pouvez-vous écrire ici la principale qualité de cet Hôpital ? Et son principal défaut ?

6 – Quelle est votre année de naissance ?

7 – Vous ne le savez peut-être pas, mais l'Hôpital Joseph-Ducuing-Varsovie a été fondé par les Républicains espagnols en 1944. Nous voudrions savoir si vous avez des ancêtres espagnols ?

**Joseph-Ducuing-Varsovie :**  
**a militant, resistant, humanistic and innovative Hospital.**

**LATAPIE Simon**

Toulouse, February 3<sup>rd</sup>, 2015.

Varsovia Hospital was built in Toulouse, in 1944, by Spanish Republicans, refugees from the Franco regime. Due to changes in Medicine, world-wide geopolitical context, French society and Health policies, many transformations proved necessary to sustain this small local private and non-profit-making general hospital. This unit belonged to an Association and participated in the general public hospital service. In spite of all these changes, values and ethic seem to have been maintained, since its creation by the Founders up until, and including the present times. This thesis deals with ethical issues, Public Health problems, changes in French society, scientific and medical progress, in general and within Joseph-Ducuing-Varsovia in particular. This work relies primarily on bibliographical sources, starting from the Spanish Civil War, crossing World War II and French “Resistance”, before dealing with Varsovia history. Thanks to archival research work, a chronological time frame was extracted and became richer the testimonies of both caregivers and administrative staff, retired or still active on the site. These interviews were gathered over a one-year period (2013-2014). In a turbulent on-going history, this hospital seems to add a distinctive originality to the Toulouse medical scene.

Administrative discipline : GENERAL MEDICINE

Key words : commitment, integration, brotherliness, Spanish Republican, Joseph Ducuing, *Varsovia*, global health care, polyvalent medicine, social medicine, equality of access to healthcare, non-discrimination, ethic values, public health, militancy, resistance, innovation, creativity, humanism, humanity.

Faculté de Médecine Ranguel, 133 - route de Narbonne, 31062 – Toulouse Cedex 04, France.

Supervisor : Doctor Marc Uzan

# **Joseph-Ducuing-Varsovie :** **un Hôpital militant, résistant, humaniste et innovant.**

**LATAPIE Simon**

Toulouse, le 3 février 2015.

L'Hôpital Varsovie a été construit à Toulouse en 1944 par les Républicains espagnols, réfugiés du franquisme. L'évolution de la Médecine, du contexte géopolitique mondial, de la société française et des politiques de Santé, ont entraîné de nombreuses transformations qui se sont révélées nécessaires pour pérenniser ce petit hôpital général de proximité, privé à but non lucratif, appartenant à une Association et participant au service public hospitalier. Malgré tous les changements opérés, des valeurs et une éthique semblent se dégager et avoir été transmises, depuis l'époque des Fondateurs jusqu'à aujourd'hui. Cette thèse traite de questions éthiques, de problèmes de santé publique, d'évolution de la société française, de progrès scientifiques et médicaux, en général et au sein de Joseph-Ducuing-Varsovie en particulier. Ce travail s'appuie d'abord sur des sources bibliographiques, en partant de la Guerre d'Espagne, en traversant la Seconde Guerre mondiale et la Résistance, avant d'aborder l'histoire varsovienne, complétée par un travail de recherche d'archives ; il en a été extrait une trame chronologique sur laquelle sont venus se greffer les témoignages de personnels soignants ou administratifs, actifs ou retraités de cet établissement, recueillis lors d'entretiens menés sur un an (2013-2014). D'une histoire mouvementée, inachevée, il semble se détacher une originalité maintenant reconnue au sein du paysage hospitalier toulousain.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : engagement, intégration, confraternité, Républicains espagnols, Joseph Ducuing, *Varsovie*, prise en charge globale, médecine polyvalente, médecine sociale, défense du secteur 1, égalité d'accès aux soins, non discrimination, valeurs éthiques, santé publique, militantisme, résistance, innovation, créativité, humanisme, humanité.

Faculté de Médecine Ranguel, 133 - route de Narbonne, 31062 – Toulouse Cedex 04, France.

Directeur de thèse : Docteur Marc Uzan