

L'hôpital en crise : ensemble remettons sur pieds l'hôpital public.
Pr. Karine Lacombe, Jean de Kervasdoué, Jérémie Sécher, Pascal Beau
CIRIEC-France, 28 juin 2022.
Contribution de Jean-Marie Fessler.

Chère Professeure, cher Jean, cher Jérémie, cher Pascal, merci.

Gratitude aux médecins et soignants qui ont tant fait depuis 28 mois.

Alain Arnaud a souhaité que j'évoque le numérique à l'hôpital. Nous nous souvenons avoir œuvré ensemble à la mise en œuvre de la Carte de Professionnel de Santé.

Merci à la Fondation de l'Avenir de son implication en e-santé, au CIRIEC-France de la diffusion des réflexions portées avec Catherine Gras et le Dr. Nicolas Leblanc [auteur avec le Pr. Alfred Spira de *Santé. Les inégalités tuent*] et à Jean de Kervasdoué pour l'ensemble de son œuvre.

J'ajoute que le Cercle Entreprises et Santé s'attache à donner la parole aux pionnières et pionniers.

Ma contribution comporte **huit propositions**, soumises à chacune et à chacun.

Invité par Jean-Louis Bancel au colloque de Cerisy en l'honneur d'Edgar Morin, j'ai pu rappeler ce qu'il écrit, dès 1977, au début de *La Méthode* : « *L'information est devenue une notion qui prétend à l'empire sur toutes choses physiques, biologiques, humaines.*

Elle entend désormais régner de l'entropie à l'anthropos, de la matière à l'esprit. »

Toujours et partout, quelques-uns perçoivent, construisent et proposent.

A la fin du siècle dernier, l'Unesco travaille sur l'infoéthique. Mais de véritables débats infoéthiques n'existent toujours pas. Les algorithmes classent et déclassent à vitesse grand V. **Ne serait-il pas temps d'en soumettre les hypothèses majeures à un minimum de débat infoéthique ? ①**

Pour leur part, les hospitaliers s'efforcent de mettre en œuvre des applications améliorant les soins aux patients. *L'hôpital vu du lit* et l'hôpital vu des équipes médicales et soignantes.

On pense ici à l'interprétation des résultats d'imagerie, des examens biologiques et anatomo-pathologiques. Aux techniques interventionnelles et à la robotique chirurgicale. Aux organes artificiels implantables. L'industrie des capteurs et des dispositifs médicaux apporte déjà beaucoup aux hôpitaux et à la santé.

Quelques réalisations : détection de certains cancers à un stade précoce, kits de dépistage, affinité entre un candidat médicament et sa cible thérapeutique, stimulation cérébrale profonde, pancréas artificiel, surveillance à distance de patients en insuffisance cardiaque.

Améliorations en radiothérapie et immunothérapie, microscopie, réparation des tissus humains, nanorobots soigneurs, reconstruction par impression 3D, cellules souches, assistance aux personnes malvoyantes, traitement de l'incontinence urinaire sévère, exosquelettes [les 650 millions de personnes en situation de handicap sont la première minorité dans le monde].

La numérisation étant omniprésente, la **cybersécurité** ② portée par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information et la **maintenance** ③ des réseaux techniques vitaux devraient l'être aussi dans nos hôpitaux.

A distance du cynisme, de la peur, du mouvement anti-science, des mythes et croyances et de l'autoritarisme de quelques-uns, de l'asservissement aux écrans, nous pouvons construire un récit *numérique* positif et mobilisateur.

Avec l'état d'esprit de *l'économie de la réconciliation* décrite par Jérôme Saddier.

Le supercalculateur *Frontier* vient de passer le seuil d'un milliard de milliards d'opérations par seconde.

Le volume de données numériques créées ou répliquées par an dans le monde, en zettaoctets [mille milliards de gigaoctets] était de 2 en 2010, 16 en 2015, 64 en 2020. Il est prévu à 181 en 2025.

Si seulement 2% de ces échanges portent sur des idées ayant un potentiel créatif, toutes nos méthodes et interactions en sont touchées.

La santé y est très présente. *Mon Espace Santé* comporte aujourd'hui 11 millions de dossiers médicaux personnels actifs.

Pour contrer l'infobésité, le *burn-out* cognitif, l'*amnésie*, la capture de l'attention, on pourrait construire **une plateforme des synthèses des réalisations utiles** à l'hôpital, au monde santé-social, à la santé globale. ④

Le Conseil économique, social et environnemental pourrait s'en charger.

Mais Edgar Morin observe que : « *La compréhension humaine n'est nulle part enseignée.* »
« *Aucune école, aucun lycée, aucune université n'enseigne dans sa complexité et dans sa globalité ce qu'est l'être humain.* »

Alors que le réductionnisme et le manichéisme sévissent, un tel enseignement n'est-il pas vital ? Fondé sur le triptyque [Connaissance-Expérience-Compréhension] et la pensée en navette.

Professeur associé de Stanford depuis quinze ans, responsable d'un enseignement trimestriel de *santé globale*, je peux témoigner que la pensée en navette y est largement pratiquée.

Pour mémoire, trois faits.

① Les fondateurs Leland et Jane Stanford qui avait perdu leur fils unique mort de la typhoïde, en 1884, ont créé l'Université et un Hôpital lié, dont l'adresse est *Pasteur Drive*.

② Un étudiant de 1^{ère} année qui en manifeste les dispositions peut être attaché à un laboratoire de recherche et y être rémunéré.

③ Le système des bourses, les anciens élèves et le bureau des brevets [professeurs et étudiants en déposent 250 par an] jouent un grand rôle dans cette fondation *non-profit*.

Afin de diminuer le taux d'échec de nos projets, on peut recourir à **la science du danger** fondée par Georges-Yves Kervern (1935-2008), industriel et théoricien. ⑤

Il s'agit d'une méthode de détection des disjonctions, dissonances, dégénérescences, lacunes, déficits et blocages entre les 5 aspects de tout *regard*, de toute construction humaine : ① Finalités ② Valeurs des réseaux d'acteurs ③ Données et mémoire des faits ④ Modèles ⑤ Lois, normes et règles.

Si les gouvernants, dirigeants, financeurs, régulateurs des 2 millions de professionnels des 200 métiers du monde santé-social français ne partagent pas explicitement avec eux finalités, valeurs et modèles, les données produites et même l'application des règles seront dénuées de sens. On construira alors du danger au cœur du lien social.

Bal des *ego* et lutte des places en *sus*. Et la terrible contradiction entre des applaudissements tellement justifiés suivis de départs massifs dans l'épuisement, la déception et la tristesse...

Sans idéaliser les relations hospitalières quotidiennes, **est-il permis de s'interroger** sur les pratiques des agences régionales de santé et des 34 autres agences et opérateurs en santé, sans oublier les Ministères concernés et l'Assurance maladie et leurs aptitudes dopées à imposer des exigences à nos existences ? ⑥

Du 18 mai 2020 au 6 juin 2022, le Code de la santé publique, en version PDF, a augmenté de 235 pages pour se situer à 5 681 pages. Quelle santé !

Doutant un peu de retours d'expérience institutionnels à la hauteur du choc mondial de la pandémie de Covid-19 [à son plus fort, 2 milliards d'élèves n'allaient plus en classe], soixante auteurs ont décidé de fixer leurs témoignages. Sous la direction d'une ancienne étudiante de l'ESSEC, Hamama Bourabaa, nous venons de publier *Rendre le soin aux soignants !*

Par amour des pieds sur terre.

Est-ce trop attendre de **tirer pour le monde hospitalier les leçons des erreurs** du monde des actuaires dans la tarification des titres hypothécaires qui ont lourdement favorisé la crise financière mondiale de 2007-2008 ?

Mésusages des probabilités, corrélations fixes et signes d'égalité constituent des *équations du désastre*. ⑦

A ce titre, on peut penser aux *groupes homogènes de malades*, prétendument *isocliniques* et *iso-ressources*, au primat de la durée de séjour dans le calcul de tarifs nationaux ne laissant pas de prise à la négociation, à la différence des 50 autres pays qui pratiquent une tarification à l'activité, etc.

Répartir chaque année 100 milliards d'euros de ressources issues de nos cotisations pour financer plus de 12 millions de séjours d'hospitalisation n'a pas été jugé assez complexe et important pour ouvrir à la prudence et à des possibles améliorations, etc.

Au passage, on sait depuis des lustres qu'un indicateur qualité transformé en objet de rémunération perd toute valeur.

2022 : une bonne nouvelle. La France adopte la terminologie clinique multiaxiale **SNOMED-CT** et rejoint 38 pays dont 21 en Europe, le continent nord-américain, l'Inde, l'Australie, notamment. 350 000 concepts !

Au titre de l'interopérabilité sémantique, elle a été progressivement construite depuis 1965. Il va falloir l'implanter. ⑧

Bien sûr, il y a des échecs de la numérisation à l'hôpital et en santé. Echecs coûteux en argent, énergie, motivation et sens.

Causes et conséquences sont connues.

Dispositifs énonciateurs d'injonctions contradictoires à l'encontre des métiers et hermétiques aux conditions réelles de travail. Infobésité et *burn-out* lié.

Technologies de la perfection et donc administration automatisée des conduites, en antinomie avec les responsabilités des médecins et la phénoménale complexité du corps humain.

La volonté de *remplacement* d'un réel qu'abhorrent de nombreux groupes de pression peut alors tuer.

Bref, lorsque les temporalités, spatialités et savoirs réels sont percutés par des éléments de langage et des instructions visant à lisser le réel, à multiplier les plafonds de verre sur le thème « *il n'y a pas d'alternative* », à détruire la fierté des métiers en les expropriant de leurs facultés créatrices de valeur et d'exploration de voies nouvelles, c'est le signal d'un non-respect mutuel, voire de maltraitance.

Quant à la confiance, elle se gagne ou se détruit sur le terrain des modes opératoires, à distance de la gouvernance par les procédures, les textes et les nombres.

Dans une organisation aussi complexe qu'un hôpital, on sait que l'attention est la ressource rare, précieuse, fondamentale à la qualité des soins.

Postuler que chacune et chacun auront le temps de compulser et de créer des myriades de données est un déni du réel, alors sommé de se taire.

Donc, la numérisation à l'hôpital, certes, oui.

Mais sous **4 conditions** : sa compatibilité avec le quotidien des métiers hospitaliers, l'utilité sociale, médicale et soignante de ses applications, une gouvernance démocratique et un ancrage territorial.