

Vers un hôpital plus efficace ?

Une enquête dans des services d'urgence montre que, si tous les soignants ne sont pas hostiles aux réformes, celles-ci contredisent globalement la logique de soin qui est la leur.

ALEXANDRE BERGER

Si les hôpitaux français ont fait l'objet de nombreuses réformes au cours du xx^e siècle, la période récente est marquée par une intensification de leur rythme: loi hospitalière de 1991, ordonnances « Juppé » de 1996, plan « hôpital 2007 » (2002) puis « hôpital 2012 » (2007), loi « hôpital, patients, santé et territoires » dite loi Bachelot (2009)... Fortement guidées par l'objectif de maîtriser les coûts sans cesse croissants de la santé, ces réformes ont notamment instauré de nouveaux modes de gestion et d'organisation des établissements médicaux (*encadré p. 45*). Leurs promoteurs y voient un moyen d'introduire de la rationalité dans un système de santé jugé jusque-là opaque (on connaît désormais précisément l'activité réelle des professionnels de santé). Mais que cela change-t-il concrètement pour les soignants ? Pour analyser les effets sociaux des réformes de l'hôpital, le sociologue Nicolas Belorgey a mené une enquête auprès d'une agence publique d'audit et de conseil, l'AAES (*encadré p. 44*) et des consultants privés qui interviennent pour son compte. Il a également enfilé la blouse blanche pour suivre au plus près le travail des soignants de services d'urgence aux prises avec les réformes. Son livre, *L'Hôpital sous pression* (La Découverte, 2010), permet de mieux comprendre comment ces réformes se transforment en de nouvelles manières

d'agir, de penser et de sentir diversement adoptées ou freinées.

L'un des grands « chantiers » de l'AAES est la réduction du temps d'attente des patients aux urgences, question particulièrement sensible dans l'opinion et chez les professionnels de santé. N. Belorgey rappelle que les urgences, placées à la porte des hôpitaux, subissent une demande de plus en plus forte, en raison notamment de la difficulté croissante à accéder à la médecine de ville et d'une précarisation croissante de la population.

Un problème de moyens ? Non, d'organisation !

Dans ce cadre, le travail des consultants travaillant pour l'AAES consiste largement à convertir les problèmes de moyens invoqués par les soignants (manque de personnel, locaux inadaptés...) en problème d'organisation. À un urgentiste qui estime que « des locaux plus grands, ça serait une petite bouffée d'oxygène », Gaël, consultant, rétorque par exemple que « plus on s'étale, plus ça complique la gestion. C'est pareil en physique, si vous faites passer de la flotte dans des tuyaux, quand elle arrive dans un plus petit, elle accélère... » D'autres vantent les mérites de l'instauration d'un « circuit court » qui consiste à traiter en priorité et rapidement les patients atteints de pathologies légères afin de désengorger le service. Un médecin « coordinateur de flux »

orienterait dès leur arrivée les malades soit vers ce circuit court, soit vers un circuit long réservé aux cas les plus graves. Damien, consultant, prend l'exemple de trois patients en attente d'examens radiologiques: « Le coordinateur de flux va faire passer en premier le troisième inscrit sur la liste car, a priori, il n'a rien de grave. Ça va permettre de le faire sortir plus vite, alors que les autres (...) attendent un spécialiste qui ne va pas passer tout de suite, donc, de toute façon, ça ne va rien changer pour eux. » La mise en évidence du fait que les « performances » du service peuvent être améliorées passe aussi par le recours au *benchmarking*, c'est-à-dire à la comparaison, sur un certain temps (deux ans en moyenne), entre plusieurs services, généralement sur la base d'un ou plusieurs indicateurs de productivité: taux d'occupation pour les blocs opératoires ou, pour les services d'urgence, temps de passage moyen des patients. L'objectif affiché est d'améliorer la qualité des soins par la création d'une émulation entre services. Il s'agit de « décloisonner » le monde hospitalier, de « mobiliser » et « faire bouger » les soignants pour qu'ils s'améliorent, en évitant soigneusement toute stigmatisation (« ce n'est pas un classement »).

Cependant, le sociologue souligne que les données utilisées par l'AAES (fournies par l'informatique des services d'urgence) donnent une image particulière du fonc-



Jan Hammy/Rea

Plateau de déchoquage de l'hôpital Nord de Marseille, 2009.

tionnement du service. Il donne l'exemple de monsieur Driss. Cet ouvrier de 60 ans, d'origine comorienne, voit son passage aux urgences ralenti par de nombreux facteurs: il ne parle pas français; son état de santé général est dégradé (diabète, neuropathie); le diagnostic se révèle difficile à établir, d'où la réalisation d'une dizaine d'exams et la mobilisation de quatre médecins dont deux spécialistes; l'établissement a par ailleurs ses propres contraintes de fonctionnements (horaires d'ouverture des services d'examen, concurrence entre patients pour l'accès aux soignants...). Au bout de son parcours, M. Driss est finalement admis dans un service de spécialité. Or, Pour l'AAES, «il n'apparaîtra cependant que comme un patient de 60 ans, dont le séjour de dix heures aux urgences serait lié à cette admission, ainsi qu'à la simple présence d'exams de biologie, d'imagerie et d'un avis spécialisé». Les consultants se focalisent donc sur les facteurs organisationnels, en repérant ce

qui dans chaque service fait perdre le plus de temps (par exemple, la liaison avec le service des examens biologiques). Mais ils ignorent du coup les facteurs qui jouent en amont des services d'urgence (tels que l'origine sociale des patients ou la place de la médecine de ville dans la prise en charge des pathologies sans gravité) ou à leur aval (encombrement des autres services de l'hôpital). De même rejettent-ils les explications, qu'ils connaissent pourtant, liées à l'impact de la gravité de la pathologie sur le temps de passage, ou encore celles liées aux différences de ressources (locaux, personnels).

Interrogés par N. Belorgey, les soignants se montrent souvent heurtés par cette approche, en décalage avec la conception qu'ils ont de leur métier. Sylvie, cadre de santé, a vu par exemple fonctionner un circuit court: «Ça tournait vachement bien, sauf que du coup j'ai vu des patients avec une tension pas stable (...) qui ont attendu

un peu plus que le mec qui vient pour une toux, et moi, ça me gêne (...). Parce que je suis plutôt là pour ne pas faire prendre de risque au patient. Pour moi, c'est ça ma première mission.»

Un décalage avec les soignants

La question du temps de passage n'est pas ignorée pour autant, mais là encore l'approche des réformateurs est relativisée. Au services des urgences de Maubourg, Bruno (ndlr: les prénoms ont été changés), adjoint du chef de service, affiche quotidiennement à côté de la salle de détente des indicateurs de temps, assortis de *smileys*, petits bonhommes qui sourient quand le temps d'attente est bon et se mettent en colère quand il est mauvais. Cependant, même dans ce service «modèle» selon l'AAES, les soignants restent sceptiques quant à l'utilité de tels indicateurs. Monique, aide-soignante, regarde les statistiques «comme ça, d'un ▶

► *œil*». Sibel, infirmière, critique leur aspect réducteur: «*Ben oui, la prise en charge a été de deux ou trois heures, mais à côté de ça, on s'est tapé cinq déchoquages, on a sauvé deux vies, on a eu des problèmes de valisette (mécanisme de transport des prélèvements aux laboratoires) (...), on a eu un médecin qui s'est fait agresser (...), ça nous a pris une demi-heure de plus.*» Bref, résume N. Belorgey, «*ce que les consultants perçoivent souvent comme un rejet irrationnel des chiffres n'est en fait qu'une critique de la construction de ces chiffres, de ce qu'ils incluent et excluent de la réalité qu'ils sont censés représenter*».

Néanmoins, si les logiques managériales contredisent globalement les logiques de soin, l'enquête du sociologue montre que tous les soignants n'offrent pas la même résistance aux réformes. Le monde de la santé est en effet traversé de nombreux clivages, entre établissements plus ou moins

“ Les infirmières, davantage encadrées, se montrent plus sensibles à l'évaluation de leur travail que les médecins. ”

bien dotés, entre spécialités plus ou moins prestigieuses... Par rapport à l'appropriation des logiques managériales, la ligne de clivage la plus importante est celle qui suit le rang hiérarchique des soignants. Les médecins, placés au sommet de cette hiérarchie, disposent en effet du maximum de ressources pour se protéger des sollicitations des patients. Ce sont donc aux paramédicaux, et singulièrement aux

infirmières, que revient le plus souvent la tâche de gérer l'attente du patient et de ses proches, quitte parfois à subir leur violence (injures, agressions physiques). Soraya explique ainsi être énervée quand elle voit «*comment il faut (...) insister auprès des médecins pour simplement leur demander de donner un renseignement aux familles, ou au moins d'aller rassurer les familles*». Celles qui ont été enquêtées par N. Belorgey se montrent donc plus sensibles à la question du temps d'attente: 71 % d'entre elles jugent que c'est un problème essentiel, contre seulement 43 % des médecins. Par ailleurs, étant moins autonomes et davantage encadrées, elles se montrent plus sensibles à l'évaluation de leur travail par la hiérarchie, et donc aux injonctions de productivité venant de l'administration – les médecins se désintéressant assez largement de l'idée que leur «hiérarchie» se fait d'eux.

Established et outsiders

L'appropriation des logiques managériales par les soignants est aussi conditionnée par leur position dans la société en général. Par analogie avec les habitants d'une petite ville anglaise étudiés par Norbert Elias et John Scotson (1), N. Belorgey distingue deux groupes de soignants. D'un côté, des *established*, «*bien reconnus professionnellement et socialement, établis dans la région et/ou dans le métier depuis relativement longtemps, et dotés d'un certain capital social*»; de l'autre, des *outsiders* (marginiaux), «*moins bien reconnus tant professionnellement que socialement, d'une arrivée plus récente, moins bien dotés en capital social*». Ces derniers se montrent plus sensibles aux arguments des réformateurs. Soraya, par exemple, est réputée pour, selon ses collègues, «*n'en faire qu'à sa tête*», «*s'agiter dans tous les sens*» sans être vraiment efficace. Pourtant, cette infirmière, qui a commencé à travailler dès 19 ans comme agent de service hospitalier (ASH) pour aider sa famille, ne rechigne pas devant le «sale boulot»: «*Je suis rodée, je suis blasée, y'a pas de souci. J'ai aucun souci avec la mort, le sang, les selles ou quoi que ce soit*». En butte, au cours de sa vie, à de nombreux affronts et

Une agence désintéressée ?

Créée en 2003, l'Agence d'audit des établissements de santé (AAES) est une innovation institutionnelle typique du nouveau management public.

Officiellement rattachée au ministère de la Santé, elle se présente comme une agence technique «*au service des établissements*», un «*appui*» pour améliorer leur performance et faire émerger les «*bonnes pratiques*». Petite (une quinzaine de personnes), spécialisée, l'AAES peut s'apparenter, dans son fonctionnement, à un cabinet de conseil. La plupart de ses agents ont des contrats de type «*chargé de mission*» ou bien des contrats commerciaux, et les consultants envoyés sur le terrain sont des prestataires recrutés par appel d'offres. Si Les hôpitaux participent en principe sur la base du volontariat aux différents «*chantiers*» de l'AAES, cette participation

peut être exigée par les autorités de tutelle en échange d'une rallonge budgétaire.

En pratique, souligne cependant Nicolas Belorgey, l'AAES se montre moins indépendante qu'elle en a l'air. Les «*conseils*» délivrés par les agents de l'AAES s'inscrivent en effet dans le droit fil des réformes engagées par le ministère: il s'agit, avant tout, de réduire la masse salariale. Les consultants se placent d'ailleurs moins comme fournisseurs de prestations que comme intermédiaires entre l'AAES et les établissements, fixant des échéances, demandant des comptes aux équipes avec lesquelles ils collaborent. Il ne s'agit donc pas seulement de «*rendre service*» mais bien de promouvoir certaines normes. À travers l'AAES, conclut le sociologue, «*l'État demeure bel et bien régaliien*». ■

XAVIER MOLÉNAT

Une nouvelle façon de gérer la santé

dénis de reconnaissance, Soraya regrette qu'on lui colle trop facilement des étiquettes (« grande gueule ») et refuse de se laisser donner des leçons. Mal intégrée dans l'équipe soignante et estimant ne pas ménager sa peine, elle tient un discours nettement antifonctionnaires: « *Le propre de l'AP (Assistance publique), c'est qu'il y'a une politique du travail qui est liée au fonctionnariat qui me plaît pas trop. Sans rentrer dans le stéréotype du fonctionnaire qui a son cul assis sur une chaise (...), y'a une certaine mentalité qui me plaît pas (...). Moi je qualifie ça péjorativement de bras cassés.* »

Nadir, lui, a fait de brillantes études malgré ses origines modestes. Mais, problème, son diplôme de médecin obtenu en Algérie n'est pas reconnu en France et il doit refaire tout le cursus. Gros travailleur, ressentant des formes de discrimination raciale à son endroit, il estime en outre ne pas être reconnu à sa juste valeur. Pour lui, les incitations financières n'ont rien de choquant. Il serait même favorable à la privatisation de l'hôpital public car « *on se rend compte que la motivation, c'est l'argent. (...) Les gens pensent profondément que, qu'ils s'en fassent ou qu'ils s'en fassent pas, (...) ils s'en foutent, puisque le salaire de 1 500 euros qu'ils estiment pas assez gros tombe à la fin du mois (...). Il va falloir faire comprendre aux dirigeants que ce qui motive le corps médical actuellement, c'est plus la gloire et la notoriété.* » « *Sans les soutenir explicitement, ces outsiders se comportent d'une manière qui favorise les réformes managériales* », estime le sociologue.

À l'inverse, aux urgences de Maubourg, Hervé résiste à l'innovation du *senior manager*, qui consiste à détacher à tour de rôle un médecin qui ne gère plus les patients mais des médecins qui sont, eux, en charge des patients. Or, pour Hervé, « *on ne peut pas laisser les médecins se noyer dans les box et dire simplement: "Votre flux ne fonctionne pas." Il faut faire quelque chose* ». De fait, quand vient son tour d'être *senior manager*, Hervé soigne autant de patients que d'habitude, et s'occupe activement de leur placement dans les autres services. Mais si Hervé peut se permettre cette transgression, c'est aussi qu'en tant

Au cours des trente dernières années, la gestion des établissements de santé a été bouleversée par l'introduction de nouveaux outils:

- **Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI):** introduit en 1982, il consiste à convertir l'ensemble des actes médicaux en une même unité, le point ISA (indice synthétique d'activité). Un arrêt cardiaque « vaut » ainsi 3 490 points, une transplantation rénale 9 620 points. La multiplication du nombre d'actes par le nombre de points qu'ils représentent, rapportée au budget de l'entité en question (un service, un établissement, une région), donne la valeur de son point ISA, qui est donc un indicateur de productivité.
- **Tarifification à l'activité (T2A):** mise en place progressivement à partir de 2005, la

T2A consiste à établir le budget des établissements de santé non plus sur la base d'une dotation globale, mais selon leur activité réelle (que permet de connaître le PMSI). Elle représente 100% de leur budget depuis le 1^{er} janvier 2008. Le remboursement à l'établissement des actes pratiqués et des séjours des malades se fait sur la base d'un tarif moyen, mesuré par une enquête auprès d'établissements représentatifs, qui se révèle parfois sous-évalué. Du coup, des effets pervers n'ont pas manqué d'apparaître: sélection des patients « rentables », réduction de la durée des séjours ou, au contraire, hospitalisation pour des soins pouvant être réalisés à domicile. Ce qui n'empêche pas nombre d'établissements d'être déficitaires en assumant une activité de soins qui leur coûte plus qu'elle ne leur rapporte. ■ x.m.

qu'ancien chef des urgences, avec trente-deux ans d'ancienneté et une compétence reconnue par tous, il garde dans cet établissement un prestige considérable: « *Reconnu dans son existence sociale, cet established peut relativement bien résister aux logiques managériales.* »

Vers des soins *low cost*?

La distinction établie par N. Belorgey entre *established* et *outsiders* éclaire enfin l'évolution de la qualité des soins. Dans le contexte actuel, les soignants des urgences sont en effet contraints d'arbitrer entre efficacité et qualité, notamment en réorientant à l'entrée du service les « fausses urgences » (patients dont l'état de santé ne justifie pas leur accueil), et en soignant plus rapidement les patients. Or une analyse statistique menée aux urgences de Maubourg (l'un des plus avancés en matière de réformes, selon le sociologue) montre que, d'un médecin

à l'autre, plus le temps de passage des patients se réduit, plus leur taux de retour augmente. Autrement dit, les patients les plus rapidement traités ont davantage tendance, dans les jours ou semaines qui suivent, à revenir aux urgences, ce qui est généralement considéré comme un indicateur de mauvais fonctionnement. Et là encore, on voit que les *established* résistent à cet avènement des soins *low cost*, en cumulant temps de passage élevé et faible taux de retour, les *outsiders* présentant les caractéristiques inverses. N. Belorgey voit là une situation particulièrement défavorable aux patients issus des milieux défavorisés, les moins bien armés dans la négociation serrée avec le médecin que tend à devenir l'accès aux soins par temps de réforme. ■

(1) Norbert Elias et John L. Scotson, *Logiques de l'exclusion*, Fayard, 1997.