



# « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences »

## Une entreprise de « réforme » d'un service public et ses effets sociaux

**Nicolas Belorgey**

DANS **ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES** 2011/4 n° 189 , PAGES 16 À 33  
ÉDITIONS **LE SEUIL**

ISSN 0335-5322

ISBN 9782021040234

DOI 10.3917/arss.189.0016

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2011-4-page-16?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Le Seuil.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



DES PATIENTS EN ATTENTE aux urgences d'un hôpital public.

# « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences »

Une entreprise de « réforme » d'un service public et ses effets sociaux

Parce que les politiques publiques comportent des enjeux de pouvoir, l'appréciation de leurs effets sociaux est à son tour enjeu de luttes. En cette matière comme dans d'autres, les scientifiques doivent redoubler d'attention pour se dégager des jugements indigènes des personnes investies dans ces enjeux. Les travaux sur la question de l'évaluation des politiques publiques le confirment<sup>1</sup> : ils montrent que si des voix scientifiques parviennent sous certaines conditions à se faire entendre, la plupart du temps prévaut le mode décisionniste de cette évaluation. Dans ce mode, l'évaluateur est subordonné aux consignes de son donneur d'ordres, voire lui sert de légitimation. Dans l'espace public, les agents qui débattent des « effets » ou des « résultats » d'une politique donnée sont souvent proches de ceux qui la conçoivent ou contribuent à sa réalisation. S'ils peuvent en discuter l'efficacité, ils remettent rarement en cause le bien-fondé de ses intentions. Les actuelles « réformes » des services publics français, jalonnées par des éléments tels que la Loi organique sur les lois de finances (LOLF)<sup>2</sup> ou la Révision générale des politiques publiques (RGPP)<sup>3</sup>, illustrent ce phénomène : certains promoteurs des politiques concernées tentent de déplacer le débat de la nature de leurs effets vers leur existence,

affirmant ainsi implicitement au passage que ces effets ne pourraient être que bénéfiques, si seulement on les laissait advenir [voir encadré « Un usage indigène de la question des effets des réformes », p. 18].

De leur côté, les chercheurs ont largement délaissé l'analyse des « effets de réformes » au profit de la genèse des politiques ainsi déployées. Dans le cas du secteur de la santé, sur lequel porte cet article, cette histoire demeure controversée. Certains y voient la montée en puissance d'une forme de rationalisation économique du secteur public, l'État s'interrogeant d'une manière réflexive sur sa propre efficacité, désormais recherchée et non plus présumée<sup>4</sup>. D'autres considèrent que les changements en cours signifient un retrait de l'État impartial ou social patiemment construit au cours du XX<sup>e</sup> siècle<sup>5</sup>, et dans le secteur de la santé un « renoncement à combattre [...] les inégalités qui séparent les groupes sociaux devant la maladie et la mort<sup>6</sup> ». Ces changements auraient surtout pour but de démanteler les assurances sociales, reportant leur coût sur les patients eux-mêmes, ce qui reviendrait à faire droit au volet macroéconomique du néolibéralisme : la réduction des prélèvements obligatoires et de l'intervention de l'État. Si l'on ajoute que les gouvernements opéreraient, notamment pour des raisons

1. Patrice Duran et Éric Monnier, « Le développement de l'évaluation en France. Nécessités techniques et exigences politiques », *Revue française de science politique*, 42(2), 1992, p. 235-262 ; Pierre Lascoumes, « Pratiques et modèles de l'évaluation », in Marie-Christine Kessler, Pierre Lascoumes, Michel Setbon et Jean-Claude Thoenig, *Évaluation des politiques publiques*,

L'Harmattan, coll. « Logiques politiques », 1998, p. 23-34 ; Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, coll. « U », 2008, p. 215-223.

2. Loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances.

3. Cette politique publique a été lancée en 2007.

4. Daniel Benamouzig, *La Santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, coll. « Sociologies », 2005 ; Philippe Bezes, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2009.

5. Paul Pierson, *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge

University Press, 1994 ; Ezra N. Suleiman, *Dismantling Democratic States*, Princeton, Princeton University Press, 2003 ; Sébastien Guex, « La politique des caisses vides. État, finances publiques et mondialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 146-147, mars 2003, p. 51-61.

6. Julien Duval, *Le Mythe du « trou de la Sécurité »*, Paris, Raisons d'agir, 2007, p. 125-126.

## Un usage indigène de la question des effets des réformes

La conclusion d'un ouvrage représentatif des entrepreneurs de réforme, consacré plus particulièrement à la Loi organique sur les lois de finances<sup>1</sup>, s'intitule : « La LOLF, aboutissement d'un processus de réformes ou "feu de tourbe" d'une rénovation de la gestion publique<sup>2</sup> ? » L'expression entre guillemets renvoie à la progression lente, souterraine, mais avant tout efficace d'un phénomène, par opposition à ce que serait un feu de paille. L'alternative ainsi posée renvoie en fait à la question de la félicité ou de l'échec des réformes projetées : les modifications de l'ordre juridique, même à un niveau parmi les plus élevés, ne seront-elles qu'« un texte de plus » (« on ne change pas la société par décret »<sup>3</sup>, etc.) ou auront-elles de réels effets sur les manières d'agir des agents publics ? L'auteur exorcise cette crainte dans les lignes qui suivent, en accumulant les raisons qui selon lui plaideraient en faveur de la seconde branche de cette alternative à ses yeux redoutable : « [Une] inquiétude traduit un profond scepticisme : la certitude que la LOLF ne changera rien et que la mécanique administrative l'empêchera d'exprimer ses potentiels. Pourtant, la volonté d'assumer ses responsabilités (donc de disposer d'une latitude d'action et d'exercer sa responsabilité en tant que fonctionnaire), l'envie de rendre service à la société (ce qui nécessite de pouvoir mesurer ce service) et, en corollaire, le souci de mieux voir reconnaître son mérite (ce qui contribue à la motivation) sont des aspirations fréquemment exprimées par les fonctionnaires. La LOLF contribuera à y répondre, à la seule condition qu'elle s'accompagne de nouvelles pratiques managériales. »

L'alternative serait donc à peu près la suivante : soit il se produira des choses auxquelles on ne peut qu'adhérer – les fonctionnaires « rendent service à la société », ils « assument leurs responsabilités », etc. –, soit la LOLF sera empêchée d'« exprimer ses potentiels ». Tout débat au sujet du bien-fondé de cette réforme est du coup esquivé au profit du seul questionnement à propos de son efficacité. Dans cette optique, dire que cette réforme et celles qui lui sont associées ont des effets, c'est déjà implicitement affirmer que ces effets seraient bénéfiques.

En présentant ainsi les choses, les réformateurs transposent au secteur public l'outil entrepreneurial du « management par projet ». Celui-ci doit être soigneusement distingué du simple « management de projet »,

qui consiste essentiellement à sérier les problèmes et à les traiter dans un ordre logique, selon une inspiration qui remonte au moins à Descartes et qui s'est épanouie dans des méthodes comme la matrice de Gantt<sup>4</sup>. Le nouvel outil, le « management par projet », s'en différencie nettement, comme l'explique un spécialiste en la matière : « Aux techniques que nous avons évoquées plus haut s'ajoute une dimension capitale en matière de management : comment faire travailler ensemble efficacement des acteurs dissemblables [...] ? L'étape suivante, souhaitée par un nombre croissant d'organismes, consiste à considérer que le processus de management de projet peut être recherché pour lui-même : il s'agit dès lors moins d'atteindre un résultat matériel tangible que d'amener les acteurs du projet à vivre un processus de changement. C'est la logique de ce qu'on appelle le "management par projet". Le changement est alors considéré comme possible s'il est mené selon ce processus participatif qui devient une fin en soi<sup>5</sup>. »

Ainsi, selon cette nouvelle logique, le fond du projet est moins important que la mobilisation des acteurs qu'il permet, et qui est le véritable objectif recherché. *Mutatis mutandis*, l'ouvrage sur la LOLF cité plus haut effectue le même déplacement : en posant le débat dans les termes de l'alternative entre changement et immobilisme, il suppose implicitement que ce changement serait positif. Faire porter l'interrogation sur le fait de savoir si le projet se réalisera ou non, si la LOLF sera suivie d'effets ou non, permet d'esquiver tout le débat sur le bien-fondé de ce projet, et contribue à sa réalisation même. Si l'on considère de plus que la LOLF consiste elle-même à transposer le schéma de la conduite de projet, et par projet, du secteur privé vers le secteur public, on voit donc que cet objectif politique est lui-même poursuivi à l'aide des recettes qu'il propose de généraliser : l'implantation dans le secteur public du management par projet est tentée par la méthode du management par projet.

1. LOLF, 2001, *op. cit.*

2. Xavier Inglebert, *Manager avec la LOLF. Loi organique relative aux lois de finances. Préface de Nicolas Sarkozy*, Paris, Groupe Revue Fiduciaire, coll. « Réforme de l'État », 2005.

3. Michel Crozier, *On ne change pas la société par décret*, Paris, Grasset, 1979.

4. 1917.

5. Jean-Jacques Néré, *Le Management de projet*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2006.

électorales, une relative « désertion face au libéralisme de combat des médecins », on pourrait conclure que la santé serait prise entre les feux croisés de deux libéralismes, médical et économique<sup>7</sup>.

Largement occupée par les discours indigènes, la question des effets sociaux des réformes dans les services publics ne doit pas leur être abandonnée, mais plutôt scientifiquement reconstruite. Pour la poser de façon satisfaisante, il faut d'abord rompre avec la définition commune du terme de « réforme » (une « amélioration apportée dans le domaine moral ou social », comme l'écrit le *Petit Robert*), pour y voir plutôt un ensemble de normes nouvelles, sans produire *a priori* de jugement de valeur sur ces normes, qu'une coalition d'intérêts s'efforce de promouvoir au niveau collectif<sup>8</sup>. Il faut ensuite se départir de la normativité qui demeure présente dans des analyses des politiques publiques adoptant le point de vue de leur concepteur, selon lequel ces politiques ne pourraient soulever de problèmes que de réalisation, leur intention n'étant pas elle-même questionnée. C'est le cas notamment des travaux conduits autour de la notion de « mise en œuvre » d'une politique publique<sup>9</sup>, ou encore de ceux qui interrogent l'écart entre l'action d'un décideur haut placé et ses conséquences pratiques<sup>10</sup>.

Cette double rupture une fois opérée, il devient possible de faire droit à un raisonnement causal. Par rapport aux approches pionnières de Durkheim ou Weber<sup>11</sup>, l'étude sociologique des effets des politiques publiques consiste à prendre pour point de départ de la chaîne causale à investiguer non plus un fait historique ponctuel ou une donnée sociale, mais les changements introduits par la politique en question sur l'environnement des acteurs sur lesquels elle entend agir. On peut alors observer comment ces changements s'additionnent au monde social qui leur préexiste pour éventuellement le modifier, et de quelle façon.

Cette approche permet également de mobiliser les instruments quantitatifs qui sont un des fondements du raisonnement causal de type durkheimien. Alors que des démarches d'évaluation de type décisionniste

livrent, en réponse à une certaine demande sociale, des analyses quantifiées qui répondent à une problématique déterminée *a priori* et qui ignorent les conditions de recueil de leurs données, il s'agit au contraire de s'interroger sur les conditions qui président à l'obtention de régularités statistiques, ainsi que de montrer le caractère temporellement et socialement situé des matériaux qualitatifs sur lesquels ces régularités sont indexées et qui seuls permettent de leur donner un sens<sup>12</sup>. L'analyse présentée ici fait ainsi intervenir l'ethnographie à la fois en amont des résultats économétriques, pour rendre compte de l'obtention des données et, en aval, pour interpréter les corrélations statistiques obtenues<sup>13</sup>. La problématique est ainsi forgée d'une manière inductive, au contact du terrain. Ici, la diversité des personnes rencontrées sur celui-ci, partisans aussi bien qu'adversaires des réformes, à différents degrés, ou encore acteurs apparemment indifférents à elles bien qu'elles les concernent, a fourni un matériau contrasté qui a permis de construire une analyse distanciée, rendant compte de ces différents points de vue.

L'étude porte sur des services d'urgence des hôpitaux, qui présentent un double avantage d'un point de vue méthodologique. Tout d'abord, le secteur public de la délivrance des soins, et en particulier ses agents du premier rang (*street-level bureaucrats*) que sont ses infirmières, ses aides-soignantes ou ses médecins urgentistes, fait partie de cette « main gauche de l'État », moins visible que la main droite mais aussi plus accessible à l'enquête<sup>14</sup>. Ensuite, au sein même du secteur de la santé, les services d'urgence des hôpitaux donnent particulièrement à voir les tensions liées à l'administration des soins. Placés à l'interface entre l'extérieur et l'intérieur des établissements – ils ont longtemps été appelés « service-porte » –, ils vivent avec une acuité particulière la rencontre entre les demandes, de nature à la fois médicale et sociale, du public, et les logiques qui portent l'institution à offrir des soins médicaux fortement spécialisés par sous-disciplines et qui limitent les ressources disponibles<sup>15</sup>. À partir des années 1980

7. Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éd. du Croquant, coll. « Savoir/agir », 2007.

8. Voir Howard Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 [1<sup>re</sup> éd. 1963], p. 25-42 et p. 145-237 ; Christian Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle : la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, Éd. de l'EHESS, coll. « Civilisations et sociétés », 1999 ; et pour l'application au secteur de la santé : F. Pierru, *op. cit.*

9. Jeffrey L. Pressman et Aaron Wildavsky,

*Implementation. How Great Expectations in Washington are dashed in Oakland*, Berkeley et Los Angeles, University of California Press, 1973.

10. On pense aux travaux de la sociologie des organisations, et en particulier à ceux de sa branche française emmenée par Michel Crozier.

11. Max Weber analyse par exemple comment la bataille de Marathon aurait infléchi le cours de l'histoire (« Études critiques pour servir à la logique des sciences de la culture » (1906), publié en français dans les *Essais sur la théorie de la science* (2<sup>e</sup> essai), Paris, Plon,

1965 [1<sup>re</sup> éd. 1917]. Dans une veine plus quantitative, Émile Durkheim compare les effets différentiels sur le taux de suicide de différents éléments comme la résidence en milieu urbain ou rural ou encore le statut familial (*Le Suicide*, Paris, PUF, 1967 [1<sup>re</sup> éd. 1897] ; pour une actualisation de ses analyses, voir Christian Baudelot et Roger Establet, *Suicide, l'envers de notre monde*, Paris, Seuil, 2006).

12. Voir Jean-Claude Passeron, *Le Raisonnement sociologique. L'espace non-poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan, 1991.

13. Pour une présentation générale de cette démarche, voir Agnès Gramain et Florence Weber, « Ethnographie et économétrie : pour une coopération empirique », *Genèses*, 44, 2001, p. 127-144.

14. Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russel Sage Foundation, 1980 ; Pierre Bourdieu (dir.), *La Misère du monde*, Paris, Seuil, coll. « Libre examen », 1993, p. 219-244.

15. Nicolas Dodier et Agnès Camus, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital. », *Annales HSS*, 52(4), 1997, p. 733-763.

environ, la montée du chômage puis des situations de précarité favorise en outre l'accroissement du nombre de personnes qui ne trouvent plus de recours à leurs difficultés ailleurs qu'aux urgences hospitalières<sup>16</sup>.

Les matériaux empiriques utilisés ici concernent quatre entités<sup>17</sup>. Il s'agit d'abord de l'Agence d'audit des établissements de santé (AAES)<sup>18</sup>. Créée en 2002, peu après la réélection de Jacques Chirac à la tête de l'État, et rattachée au ministère de la Santé, cette agence, où nous avons réalisé une observation participante intermittente pendant 26 mois (avril 2005-juin 2007), promeut « la qualité et l'efficacité », notamment dans les services d'urgence, en s'appuyant sur une main-d'œuvre de consultants en organisation, agents privés. La deuxième entité est le service d'urgence d'un centre hospitalier (CH) départemental, l'hôpital de Maubourg. L'AAES le considérant comme particulièrement « avancé » dans le processus réformateur, il constitue un bon cas pour poser la question des effets sociaux ; nous nous y sommes rendus trois semaines au total, dans le sillage des consultants de l'AAES. Les deux dernières entités, étudiées à titre comparatif ou complémentaire, sont les services d'urgence, d'une part de l'hôpital Larrey, un centre hospitalier universitaire (CHU), d'autre part, d'Hôpital Est, un centre hospitalier régional (CHR). Une observation équivalente à une dizaine de mois à temps plein (entre décembre 2004 et janvier 2007) a été réalisée à Larrey, sans passer par l'AAES, et nous nous sommes rendus, cette fois par l'intermédiaire de l'AAES, cinq jours à Hôpital Est.

La présente analyse des effets sociaux des réformes que l'AAES tente de mettre en place commence par expliciter les intentions des réformateurs, avant de montrer comment cette volonté réformatrice est diffractée et en fin de compte émoisée dans le milieu hospitalier et, enfin, comment elle s'incarne malgré tout partiellement dans certaines pratiques médicales qui induisent une dégradation de la qualité des soins.

## La conversion de problèmes de moyens en problèmes d'organisation et de « performance »

Au cours des années 2000, différents quotidiens régionaux évoquent « l'engorgement » de certains services d'urgence et les mouvements de grèves qui en découlent parfois. Le quotidien de la zone où est situé Hôpital

Est s'interroge ainsi : « Le 14 mars, une femme de 86 ans se présente pour des problèmes respiratoires. Jean-Luc, membre de sa famille, raconte la suite. "J'accompagnais ma mère qui est restée deux jours sur un brancard, sous oxygène et sous perfusion [plutôt que d'être admise dans une pièce avec un lit]. Le 16 mars, j'ai compté 16 brancards dans les couloirs" [...]. La grève est annoncée le 17 mars [...]. Les urgences d'Hôpital Est deviendraient-elles à ce point, inhospitalières ? Elles ont connu, par le passé, divers accès de fièvre. Mais la situation n'avait jamais atteint un tel degré d'engorgement. Pourtant habitué à gérer la surchauffe, le personnel n'a pas trouvé d'autre moyen que la grève pour faire éclater la crise<sup>19</sup>. » Un tract commun aux cinq grandes organisations syndicales invoque quant à lui « des conditions d'accueil inadmissibles [...] ». Il est fréquent d'avoir 45 à 50 patients dans un secteur [des urgences] prévu pour en accueillir 16 ! [...] La conséquence de fermetures de lits [...]. Entre 2000 et 2004, 203 lits ont été fermés à Hôpital Est [dans l'ensemble des services]. Il n'est donc pas surprenant que le CHR, comme la plupart des hôpitaux, manque de place pour accueillir correctement les patients ».

L'AAES a une autre vision des choses : l'encombrement des urgences ne serait pas dû au manque de moyens, et ne mettrait donc pas en cause la responsabilité des pouvoirs publics, mais proviendrait plutôt d'un manque d'organisation et de « performance » des soignants<sup>20</sup> qui rendrait nécessaire une « responsabilisation » de ceux-ci vis-à-vis de « leurs problèmes ». Christine, la directrice de l'agence, explique ainsi qu'on trouverait dans les hôpitaux...

« ... beaucoup de stimulations, des gens bien formés, qui n'ont pas qu'une seule dimension... Et l'hôpital a déjà beaucoup bougé. Ils sont quand même dynamiques, ces gens-là. Et en même temps ils ont une rigidité... Beaucoup de gens sont scotchés. À l'ARHIF [Agence régionale de l'hospitalisation en Île-de-France, où elle a travaillé], on rencontrait une crise dans le recrutement des infirmières ; l'IFOP en avait interviewé pour nous, et il en ressortait qu'elles disaient deux choses contradictoires en apparence : 1) on n'est pas considérées ; 2) notre métier est génial. Chaque interview se terminait comme ça. Eh bien, il fallait les faire rebondir, leur dire : "Tu fais un métier génial, il y a quelques merdouillages, il faut les régler." [...] Que les professionnels soient vraiment contents de leurs affaires. Ils ont été dépossédés de leur travail par des contraintes légales, des règlements...

16. Jean Peneff, *Les Malades des urgences : une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000, p. 24.

17. Ce texte fait suite à une thèse et à un livre, dont sont tirés ces matériaux et sur lesquels il s'appuie plus généralement :

Nicolas Belorgey, « Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public », thèse de sociologie, sous la direction de Florence Weber, Paris, EHESS, 2009 ; Nicolas Belorgey, *L'Hôpital sous pression* :

enquête sur le « nouveau management public », Paris, La Découverte, coll. « Textes à l'appui/enquêtes de terrain », 2010.

18. Les noms de lieux, d'institutions et de personnes sont, hors exceptions évidentes, anonymisés.

19. Source anonymisée.

20. Le terme de « soignants » désigne ici aussi bien les médecins que les « paramédicaux » (infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitaliers), auxquels l'usage indigène le réserve.

Aujourd'hui le seul possible pour eux c'est d'aller voir leur tutelle pour avoir du pognon, mais c'est une démarche de mendiant<sup>21</sup> ».

Au niveau des pratiques, l'agence recourt à la technique du « *benchmarking* ». Cet anglicisme issu de la sphère de l'entreprise est parfois traduit par les termes de « évaluation comparative » ou de « étalonnage de la performance ». Il renvoie à un exercice qui assigne un ou plusieurs indicateurs chiffrés censés être représentatifs de leur activité à certains acteurs, puis les fait se comparer entre eux sur cette base, afin qu'ils échangent entre eux leurs « bonnes pratiques » et améliorent ces indicateurs<sup>22</sup>. Son soubassement théorique peut être explicité à partir du schéma que les ingénieurs et les économistes qui l'ont développé ont baptisé *Data Envelopment Analysis* (DEA), et dont une présentation courante se fonde sur l'exemple du base-ball<sup>23</sup> qui peut être transposé, pour des lecteurs francophones, au tennis.

L'analogie met en scène trois joueurs : le premier est très bon au service et très mauvais à la réception, le deuxième présente les caractéristiques inverses et le troisième n'est bon ni en service ni en réception. L'« excellence » des deux premiers, chacun dans sa spécialité, montre qu'il est possible de réaliser une telle « performance » et que par conséquent le troisième joueur n'est pas « efficient ». La métaphore du jeu, où se déploient des habiletés (*skills*) différenciées et où le produit (*output*) est clairement défini par la règle du jeu et facilement comptabilisable, est étendue par ce type d'analyses à toutes les « unités décisionnelles » (*decision making units*) : personnes ou organisations, qui seront donc désignées comme plus ou moins « performantes », et donc réputées plus ou moins habiles, par comparaison avec ceux produisant le produit le plus élevé pour des ressources données. Ce raisonnement insiste moins sur les raisons des écarts – qu'il n'investigue pas plus avant, contrairement à ce que ferait par exemple une analyse des modes de production – que sur la responsabilité des « unités décisionnelles » dans leur faible « performance ». Ainsi, il constitue une forme de responsabilisation ; il affirme que de meilleurs résultats seraient possibles à niveau de ressources identique, mais aussi que les acteurs disposent d'une forme de liberté leur permettant d'améliorer les leurs et enfin qu'ils doivent effectivement procéder à cette amélioration.

Ce type d'analyse est appliqué de façon massive – et croissante – au domaine de la santé. Une revue de la littérature recense 317 articles sur le sujet depuis

1983 et note que le nombre d'articles publiés chaque année serait passé de moins de cinq jusqu'en 1988 à près d'une trentaine en 2006<sup>24</sup>. Le fait que cette littérature insiste régulièrement sur les nombreuses difficultés que pose l'invocation de la notion d'efficience dans le domaine des soins et mette en garde contre une utilisation abusive de la recherche en la matière par les acteurs publics n'empêche pas l'AAES de recourir à ce type de méthodes. L'indicateur qu'elle retient pour comparer les services d'urgence est le « temps d'attente et de passage » des patients, calculé comme le temps qui s'écoule entre le moment où un patient est admis dans le service et celui où il le quitte. Ce temps inclut donc tous les épisodes intermédiaires, comme la prise en charge administrative, l'attente du médecin et des éventuels examens, etc.

Réduire ce temps permet de réaliser des économies budgétaires. En effet, plus les patients ressortent rapidement du service, plus un médecin donné peut en voir. Inversement, moins il faut de médecins pour traiter un nombre de patients donnés. Le raisonnement peut être fait à un moment donné, ou de manière dynamique : si l'on ne peut pas réduire dans l'immédiat le nombre de soignants (en raison des règles de la fonction publique), l'accroissement tendanciel du nombre de patients pourra être absorbé dans l'avenir par une hausse moins que proportionnelle du nombre de soignants. Réduire le temps d'attente et de passage des patients doit donc permettre d'accroître la productivité des soignants, calculée comme le nombre de patients traité par équivalent temps plein (ETP)<sup>25</sup>. Du point de vue des soignants, cela signifie une accélération des cadences.

Les économies budgétaires ainsi réalisées sont présentées aux soignants et au public d'une façon qui les rend socialement acceptables. Comme le rappellent des agents de l'AAES lors d'une conférence destinée à diffuser leurs méthodes de management parmi les hospitaliers, « l'objectif doit avoir “du sens” pour les professionnels impliqués ». Il s'agit donc de formuler cet objectif d'une façon audible par des oreilles soignantes, *a priori* moins sensibles à l'argument de la « nécessaire maîtrise des dépenses » qu'à celui de la qualité des soins. En temps normal, les urgentistes établissent des priorités entre les patients en fonction de leur gravité plutôt que du souci de réduire leur attente, de sorte que l'objectif de l'AAES

21. Entretien, AAES, octobre 2005.

22. La comparaison peut aussi avoir lieu entre les participants et un objectif à atteindre. Sur le *benchmarking* en général et sur son utilisation au niveau européen en matière de politique de la recherche, voir Isabelle Bruno, *À vos marques@, prêts...*

*cherchez ! La stratégie européenne de Lisbonne, vers un marché de la recherche*, Bellecombe-en-Bauges, Éd. du Croquant, coll. « Savoir/agir », 2008.

23. Exemple construit par Lawrence Seiford, voir <http://www.emp.pdx.edu/dea/homedea.html>. Pour un aperçu de ce

courant de recherche, voir Lawrence M. Seiford, "Data envelopment analysis: the evolution of the state of the art (1978-1995)", *Journal of Productivity Analysis*, 7(2-3), 1996, p. 99-137.

24. Bruce Hollingsworth, "The measurement of efficiency and productivity of

health care delivery", *Health Economics*, 17(10), 2008, p. 1107-1128. La littérature ainsi passée en revue est essentiellement anglophone.

25. Pour plus de détails sur ce point, voir N. Belorgey, *L'Hôpital sous pression...*, op. cit., p. 88-97.





peut les surprendre. Mais ils sont aussi par définition bien placés pour savoir que, dans certaines situations, il vaut mieux soigner un patient rapidement plutôt que lentement, ce qui ouvre un espace de légitimation à cet objectif. Par exemple, soigner un patient plus vite permet parfois de le sauver. Plus généralement, désengorger les urgences permet d'éviter des situations délicates sur le plan sanitaire, comme celle consistant à laisser des personnes fragiles pendant des heures « à côté de l'alcoolique chronique, du mec qui vient, amené par les flics pour faire un certificat de non-admission, du tuberculeux, etc. » [Médecin urgentiste, Larrey]. Dans ces conditions, réduire la durée de passage des patients peut en effet « avoir du sens » pour les soignants.

Si les patients, pour leur part, adoptent volontiers une attitude fataliste face à l'attente<sup>26</sup>, on voit mal comment ils pourraient ne pas souscrire eux aussi à l'objectif de la réduction du temps de passage. Selon un sondage, l'attente, notamment aux urgences, constituerait leur principal motif de mécontentement, loin devant les erreurs de diagnostic ou de soin<sup>27</sup>. Cela signifie en fait que les patients mécontents le sont plus souvent parce qu'ils ont attendu que parce qu'ils ont été mal soignés. Cette attente n'est donc pas le signe d'une mauvaise qualité des soins, mais le symptôme d'un dysfonctionnement du service public hospitalier, sans qu'elle permette de se prononcer sur ses causes. Elle ne permet pas, par exemple, de trancher entre les grévistes qui invoquent des moyens insuffisants et l'AAES qui impute la longueur de l'attente à la mauvaise organisation des soignants. Ce type de sondage n'en contribue pas moins à légitimer dans la sphère publique le slogan de l'AAES de « réduction du temps d'attente et de passage ». On peut à ce sujet remarquer que, bien que cette grandeur corresponde au sens strict au temps de *passage* des patients dans le service, l'ajout du terme « attente » dans ce mot d'ordre, qui s'appuie sur le fait que la personne qui est soignée attend aussi sa sortie, et fait attendre les suivantes, contribue à cette légitimation.

L'AAES, au total, tente d'agir sur les représentations en convertissant une perception des problèmes en termes de manque de moyens, en une analyse qui les attribue à un manque d'organisation des soignants, à leur insuffisante « performance », collective ou individuelle, en termes de temps de passage, assimilé

implicitement à une forme de qualité des soins. Le slogan « réduire le temps d'attente et de passage aux urgences » doit rendre socialement acceptables des actions en réalité orientées vers des économies budgétaires.

## La dilution de l'action sur les services d'urgence

Au sujet des effets de son action sur les services d'urgence, l'AAES met surtout en avant dans ses rapports les gains de productivité, exprimés en termes de réduction des délais de passage, même s'ils sont présentés comme encore perfectibles : « Si la majorité des services a réussi à diminuer le nombre de patients pris en charge dans un délai jugé excessif, seuls quatre sites sur huit sont parvenus à diminuer leur temps de passage moyen<sup>28</sup>. » Ces annonces, formulées dans la synthèse du rapport, doivent toutefois être nuancées : dans le corps du texte, il est précisé que, dans les quatre autres services, le temps de passage moyen se serait au contraire allongé. Il reste qu'il est certainement vrai que l'intervention de l'AAES a entraîné dans certains services une réduction des délais de passage, par exemple par l'instauration d'un « coordinateur de flux » ou par la mise en place d'une nouvelle transmission informatique permettant aux urgentistes d'accéder plus vite aux résultats des examens biologiques.

Mais une part importante des effets qui est peu mise en valeur dans les rapports, bien qu'elle soit bénéfique aux services d'urgence, tient à la réévaluation de la position de ces derniers par rapport aux autres services de soins qui sont leurs concurrents traditionnels dans la division du travail hospitalier. Dans la profession médicale, la médecine d'urgence en effet se situe au bas de la hiérarchie<sup>29</sup>. Elle a longtemps été considérée comme étant de faible qualité et ne commence à être regardée comme une spécialité que depuis peu. En outre, les patients sortant des services d'urgence sont souvent moins intéressants du point de vue médical pour les services de spécialité que ceux qu'ils hospitalisent directement, et présentent plus souvent des difficultés « sociales » (c'est-à-dire non médicales).

Dans ces conditions, la mise en forme par les consultants de l'AAES de l'activité aux urgences et la volonté d'en voir les patients sortir plus rapidement servent les urgentistes dans leurs conflits avec leurs collègues.

26. Jean Peneff, « La face cachée d'Urgences, le feuilleton de la télévision », *Genèses*, 30, 1998, p. 122-145.

27. BVA/Institut Paul Delouvrier, « Les services publics vus par les usagers », *Le Baromètre des services publics*, novembre 2005. Le sondage demande dans un premier temps aux patients s'ils sont

« contents » ou « mécontents » ; seuls les seconds sont interrogés sur les raisons de leur insatisfaction : 40 % des « mécontents » citent alors « l'attente/l'attente aux urgences » (viennent ensuite les erreurs de diagnostic (16 %) et les mauvais soins (20 % – cette rubrique cependant contient les « soins bâclés », qui peuvent justement

provenir du désir de réduire le temps de passage, cf. *infra*).

28. Rapport de fin de mission « Temps d'attente et de passage aux urgences », juillet 2003-mars 2005, AAES, 2005, p. 2.

29. Marie Jaisson, « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités

médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, juin 2002, p. 44-52 ; Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, mars 2005, p. 4-36.

Un rapport de l'AAES mentionne ainsi que « l'objectivation des goulots d'étranglement permet aux urgentistes de disposer d'une base de discussion solide avec leurs partenaires<sup>30</sup> ». Cet aspect de l'action de l'AAES peut expliquer la conversion d'un urgentiste comme le professeur Dumont. Chef des urgences d'Hôpital Est, il était initialement hostile à l'audit mené par les consultants sur son service et semblait même du côté des grévistes : « Je ne dis pas qu'il n'y a pas de problèmes d'organisation, mais il y a aussi des problèmes de fond : l'hôpital est de plus en plus un recours [...]. [Il y a] une hausse exponentielle de la demande, et l'offre ne suit pas. » Pourtant, deux ans plus tard, il participe activement à la diffusion des résultats de l'AAES auprès de ses collègues et il reprend le discours officiel de l'agence. Sa conversion ne paraît pas étrangère au fait que l'agence lui ait permis de mettre en place de nouvelles règles de placement de ses patients dans les autres services, qui lui sont plus favorables.

La revalorisation de la position des urgentistes a plusieurs conséquences. Le rapport de l'AAES indique ainsi qu'« une majorité d'établissements a ciblé la réduction des délais liés à l'hospitalisation des patients et à la réalisation d'examen complémentaires<sup>31</sup> ». « Réduction des délais liés à l'hospitalisation » signifie en effet négocier avec les autres services pour accéder plus facilement à leurs lits. L'AAES donne aux urgentistes des éléments leur permettant d'aborder ces négociations dans une position renforcée et, quand elles leur sont favorables, de reporter sur ces services une partie du poids de leurs patients : il est écrit dans le rapport que désormais « les spécialistes s'engagent à hospitaliser dans leur service sous 24 h les patients relevant de leur spécialité ». Inversement, quand les négociations échouent, c'est visiblement parce que les autres services ont refusé cette transaction ; le rapport indique alors par exemple que n'ont pu être menées à bien des « actions qui impliquent une mobilisation de l'ensemble de la communauté médicale de l'établissement<sup>32</sup> ». Les raisons de ce refus ne sont pas explicitées, pas plus d'ailleurs que celles de l'acceptation quand elle a lieu. Vraisemblablement, la « mobilisation » des autres services demande des compensations, mais il n'y est pas fait allusion. Dès lors, le niveau pertinent pour juger de l'efficacité de l'action de l'AAES semble non seulement celui du service sur lequel elle intervient mais également celui de l'établissement dans son ensemble. Or, ce niveau est absent de ses rapports. Les nouvelles contraintes

posées aux services de spécialité, par exemple sous la forme d'une moindre disponibilité de leurs lits pour leur propre file d'attente de patients, et donc d'une attente plus longue pour ceux-ci quand ils ne transitent pas par les urgences, viendraient alors minorer les gains affichés.

Un troisième et dernier effet de l'AAES est l'augmentation des moyens alloués aux services d'urgence. En effet, des mesures telles que la mise en place de pneumatiques, l'installation d'imprimantes reliées directement aux laboratoires pour transmettre leurs résultats, ou encore l'informatisation des services, contribuent à réduire les délais de passage, alors qu'ils ont aussi un coût (d'où peut-être parfois, quand ils tardent, leur qualification de décisions « non prises dans le cadre de l'étude », alors même que le lien entre les deux démarches est évident). Ce troisième effet, on le voit, conduit à nuancer la thèse de la conversion des problèmes de moyens en problèmes organisationnels.

Au total, une grande partie des effets ne tient pas aux gains d'efficacité, privilégiés dans les rapports, mais à la réévaluation de la position des urgentistes par rapport à leurs concurrents traditionnels dans la division du travail hospitalier (imagerie, services de spécialité, etc.) ou à l'augmentation pure et simple des moyens mis à leur disposition. Ce n'est en fait guère étonnant : les audits ciblent les problèmes localisés dans ces services, et la solution passe la plupart du temps par une meilleure prise en compte des besoins des urgences par le reste de l'établissement ou par davantage de moyens. C'est probablement grâce à cette ambiguïté de son intervention – conversion de problèmes de moyens en problèmes organisationnels mais tout de même moyens supplémentaires donnés aux services – que l'AAES parvient à se faire accepter à la fois par les tutelles, auprès desquelles elle valorise le premier point, que par les urgentistes, auxquels elle fait miroiter le second. Dès lors, l'adhésion surprenante de médecins comme le professeur Dumont ne procède pas d'une conversion profonde à la nouvelle *doxa* managériale, dont il se fait pourtant un porte-parole auprès de ses collègues, mais simplement d'un intérêt professionnel bien compris.

Il convient cependant de relever que les soignants, au-delà des acteurs intermédiaires comme les chefs de service<sup>33</sup>, ne perçoivent pas de façon uniforme le mot d'ordre de l'AAES. En fonction du rapport local entre l'offre et la demande de soin, de la position qu'ils occupent dans la division du travail hospitalier, ou encore de leur trajectoire sociale, ils réagissent

30. Rapport de fin de mission « Temps d'attente et de passage aux urgences », juillet 2003-mars 2005, p. 12. 31. *Ibid.*, p. 17. 32. *Ibid.*, p. 20. 33. Sur la notion d'acteurs intermédiaires, voir Olivier Nay et Andy Smith (dir.), *Le Gouvernement du compromis. Courtiers et généraliste dans l'action publique*, Paris, Economica, coll. « Études politiques », 2002.

différemment aux injonctions managériales<sup>34</sup>. L'analyse comparée de deux médecins, Maya et Nadir, qui travaillent dans le même service à Larrey, le montre.

La femme, Maya, s'est attiré dans le service la réputation de « faire de la rétention de patients ». Elle fait en effet passer ceux-ci relativement lentement. Elle leur fait tous les examens nécessaires pour qu'au terme de leur passage, ils puissent être orientés dans le service le plus adapté, au lieu de les faire sortir rapidement comme le voudrait la logique productiviste de l'AAES. Elle est largement assimilée dans le service à ses caractéristiques positives, comme une bonne compétence médicale. Ses pratiques sont ancrées dans une certaine trajectoire sociale. Maya est née en 1976. Son père est cadre commercial et sa mère infirmière. Sa lignée paternelle est d'origine maghrébine et sa lignée maternelle vit en France depuis de nombreuses générations. Maya souligne l'influence de sa mère :

« **NB** : Comment en es-tu venue à faire de la médecine ?

**Maya** : D'abord, y'a ma mère qui était infirmière, donc je baignais dans le milieu médical, et puis moi il me fallait un boulot où je sois autonome, c'est-à-dire où j'aie surtout pas à dépendre de quelqu'un qui me dise quoi faire, où je sois près des gens parce que j'aime les gens [pause], voilà quoi. Maintenant, boulot autonome où t'aides les gens... Il fallait quand même que j'ai des trucs à faire, que je m'occupe intellectuellement, j'aurais pu faire assistante sociale, tu vois, mais ça, ça m'aurait soulé par exemple. Pas assez vite... Non, j'adore les études, il fallait que j'apprenne des choses, que je continue toute ma vie à apprendre des choses, que je sois près des gens, que je puisse soulager les gens. »

Mère infirmière, goût pour l'autonomie, orientation vers le travail social – défini comme une façon d'être « près des gens » –, goût pour l'apprentissage et pour la vitesse : Maya développe sans plan préconçu dans l'ensemble de l'entretien ces quelques thèmes qui structurent sa présentation d'elle-même.

Nadir présente un profil légèrement différent. Il ne garde pas les patients longtemps, mais tente au contraire de « faire sortir » le plus vite possible ceux qui n'auraient pas besoin de rester, pour désengorger ainsi le service. Il suit en cela les recommandations du chef de service, lui-même préoccupé par la nécessité de « faire tourner » pour éviter l'encombrement.

Cette prise de position pratique est également ancrée dans une certaine trajectoire personnelle. Nadir est un peu plus âgé que Maya (il est né en 1967). Son père n'est pas cadre mais ancien ouvrier chez Peugeot, sa mère n'est pas infirmière mais femme au foyer. Tous deux sont primo-immigrants d'origine maghrébine. Cette condition initiale modeste n'a pas empêché Nadir de faire de brillantes études : « maths spé », des sciences de la nature, enfin médecine. Mais contrairement à Maya qui se définit comme « jambon-beurre » et ne fait pas état de marques de racisme à son égard, il aurait longtemps fait l'objet de cette forme de discrimination, notamment au cours de ses études et pour l'obtention d'un poste en hôpital. Il aurait finalement réussi à surmonter ce handicap relatif (« j'ai appris à me faire respecter par mon travail ») mais demeure sensible au jugement de son chef. Il est plutôt assimilé dans le service à son irascibilité, à ses méthodes de travail parfois autoritaires vis-à-vis des patients et des internes, et aux gardes qu'il effectue dans le secteur privé pour augmenter sa rémunération.

La situation de Nadir rappelle celle de ces ouvrières noires qui, dans les États-Unis des années 1940, se trouvaient isolées et considérées comme « anxieuses » et « individualistes »<sup>35</sup>. Ayant en permanence l'impression d'être mises à l'épreuve, elles tendaient à en faire toujours plus que les autres. Avec Maya, il dessine de manière idéale-typique une opposition entre, d'une part, des *established* qui, assimilés à leurs caractéristiques positives (ici une bonne compétence médicale), socialement bien reconnus, peuvent pratiquer une médecine « autonome », peu sensible à l'injonction d'accroissement des cadences de soin, et, d'autre part, des *outsiders*, assimilés à leurs caractéristiques négatives (ici un caractère difficile), socialement moins bien reconnus, et du même coup plus exposés à cette injonction relayée par leurs chefs<sup>36</sup>.

### L'arbitrage entre « performance » des soignants et qualité des soins

Les exemples d'Hôpital Est ou de Larrey suggèrent que la volonté des réformateurs d'accroître la productivité (ou l'« efficacité », ou la « performance », mots qui sont ici synonymes) dans les services d'urgence à la fois est émuée au contact de la réalité hospitalière et fait l'objet d'appropriations socialement différenciées.

34. Voir N. Belorgey, *L'Hôpital sous pression...*, op. cit., chapitres 5 à 7.

35. Everett C. Hughes, « The knitting of racial groups in industry », *American Sociological Review*, 11(5), 1946, p. 512-519 (trad. française : « Comment se tisse le réseau des groupes sociaux dans l'industrie », in *Le*

*Regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éd. de l'EHESS, 1996, p. 251-263).

36. Sur l'origine de cette opposition, voir Norbert Elias et John Lloyd Scotson, *The Established and the Outsiders: A Sociological Enquiry into Community Problems*, Londres, Frank Cass & Co.,

1965 (trad. française : *Logiques de l'exclusion. Enquête sociologique au cœur d'une communauté*, Paris, Fayard, 1997). Je préfère utiliser dans ce texte la version originale plutôt que la traduction française, qui parle d'« établis » et de « marginaux », parce que les personnes que je

décris comme des *outsiders* ne sont pas des marginaux au sens du dictionnaire, à savoir des « personnes vivant en marge de la société parce qu'elles en refusent les normes ou n'y sont pas adaptées » (*Petit Robert*, 1999).

Ses effets sont donc réduits. Par exemple, même si une pression productiviste s'y fait sentir, ne serait-ce que par le biais des files d'attente qui s'y allongent, les urgences de Larrey refusent de participer aux travaux de l'AAES. Inversement, le cas de Maubourg, qui représente le « bon élève » du panel de l'agence et qui est l'un des plus « avancés sur la voie des réformes », conduit à poser la question de l'arbitrage entre « performance » des soignants et qualité des soins.

Pour l'AAES qui dit œuvrer en faveur de « la qualité et l'efficacité » dans les établissements de santé, accroître la productivité des soignants et maintenir, voire augmenter, la qualité des soins n'ont rien d'objectifs contradictoires. Il en va souvent autrement pour les soignants. Quand, par exemple, Sibel, une infirmière de Maubourg très reconnue professionnellement, parle d'« une prise en charge de qualité *mais* rapide », elle suggère que parvenir à délivrer des soins de qualité tout en réduisant le temps de passage peut être difficile.

La qualité de la prise en charge peut être dégradée notamment par la pratique de la réorientation à l'entrée du service des « fausses urgences ». L'AAES incite en effet fortement les urgentistes à aiguiller ces patients vers d'autres entrées du système de soins, et plus généralement à les « éduquer » pour qu'ils cessent ainsi d'« abuser » des urgences. Ces incitations ont d'autant plus de chances d'infléchir effectivement les comportements qu'elles rencontrent l'ennui que les urgentistes éprouvent à traiter des patients peu intéressants d'un point de vue médical et qui, au vu de leur état de santé peu altéré, ne « méritent » guère les soins d'un service d'urgence<sup>37</sup>. Réorienter le patient permet alors d'accroître l'efficacité productive du service, en le désencombrant, mais comporte le risque de refuser de « vraies » urgences, la différence entre les deux étant parfois difficile à faire *a priori*. Si certaines urgences sont effectivement réorientées, qu'advient-il d'elles ? Leur état s'aggrave et elles finissent généralement par contacter à nouveau le système de santé, au même endroit ou ailleurs. On devrait donc en trouver une trace à grande échelle, ce que permet de rechercher l'analyse statistique.

Cependant, tous les retours de patients aux urgences ne signifient pas qu'ils aient été écartés trop rapidement lors d'un premier passage. À cet égard, trois cas de figure peuvent être distingués. Le premier est celui de patients qui fréquentent régulièrement ces services bien que leur cas ne présente rien d'urgent. Il s'agit notamment de personnes SDF et/ou porteuses de maladies chroniques (alcoolisme, épilepsie, maladies psychiatriques, etc.), insuffisamment prises en charge

par les autres dispositifs d'aide ou d'assistance sociale ou médicale, et pour qui les services d'urgence jouent alors le rôle d'ultime et ponctuel filet de protection. Cependant, la présence de ces habitués, ou la variation de leur proportion dans la patientèle globale d'un service d'urgence, n'est pas un signe de mauvaise qualité des soins délivrés par celui-ci. Tout au plus peut-elle renvoyer éventuellement à leur mauvaise prise en charge par le système de santé dans son ensemble. Pour approcher la qualité des soins d'un service d'urgence, il faut chercher ailleurs.

Le second cas de figure, à ce titre, correspond aux patients dont il est difficile de dire si le retour aux urgences correspond à un mauvais examen lors du premier passage ou si leur situation s'est dégradée de manière rapide et peu prévisible entre-temps. Ces doubles passages sont lisibles dans les bases de données des services d'urgence. Afin de les objectiver, nous avons réutilisé des bases de données de Maubourg. En effet, le chef de service, le docteur Dupré, est le seul du panel de l'AAES à suivre « en routine » le temps moyen de chacun de ses médecins, afin d'évaluer leur « performance » individuelle<sup>38</sup>. Il reproduit ainsi à un niveau personnel les incitations mises en place par l'agence à un niveau institutionnel. Les données disponibles dans le service au moment de l'enquête portent sur la totalité de l'année 2004, puis dix mois répartis entre juin 2005 et octobre 2006. Le nombre total de passages ainsi recensés est de 92 805. Il y a en moyenne 4 218 passages par mois, avec un minimum de 3 748 (février 2004) et un maximum de 4 673 (septembre 2006). Fusionnées et nettoyées, ces bases permettent de relier entre eux les doubles passages (au nombre de 21 762). Nous avons construit un échantillon encore plus restreint avec les seuls doubles passages consécutifs à un premier renvoi à domicile (on en trouve 15 050). Se trouvent ainsi écartés les retours après les autres types de sortie, où l'enchaînement des causes est plus complexe : sorties contre avis médical ou fugues, imputables en partie au patient, hospitalisation, où le patient a été pris en charge dans l'intervalle par un autre service, certificats de non-admission (CNA) demandés par la police avant emprisonnement, etc.

La lecture directe des bases livre des informations sur l'histoire de ces doubles passages avec renvoi à domicile entre les deux. En dehors des habitués, ou de certaines configurations particulières, observées également ailleurs, dans lesquelles urgentiste et patient décident d'un commun accord que celui-ci reviendra le lendemain pour faire examiner son traumatisme

37. J. A. Roth, "Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service", *American Journal of Sociology*, 77(5), 1972, p. 839-856. 38. Ces évaluations, contrairement à celles de l'AAES, tiennent cependant compte du niveau de gravité des patients.

par un spécialiste actuellement indisponible, ces bases rendent compte de cas de dégradation de l'état de santé entre deux passages dont il est difficile de dire s'ils sont dus à une mauvaise prise en charge lors du premier d'entre eux. C'est le cas par exemple de cet homme de 51 ans qui, se plaignant de douleurs abdominales, est admis le 8 décembre 2004 à 15 h 21, sur recommandation de son médecin traitant. À 19 h 55, il est renvoyé à son domicile après avoir été vu par un médecin. Le 11 décembre, soit trois jours plus tard, il est ramené à 4 h 46 du matin par le SAMU, pour hémorragie digestive, et hospitalisé dans les deux heures qui suivent en gastro-entérologie. Sa pathologie s'est-elle développée brutalement pendant ces trois jours ou bien a-t-il été vu trop superficiellement lors de son premier passage ?

Si ce type de situation est ambivalent, d'autres sont plus clairs – ils constituent notre troisième cas de figure. Ainsi cet homme de 50 ans, entré le 8 février 2004 à 17 h 47, se plaignant alors de douleurs à la jambe, et ressorti à 18 h 32, donc très vite, avec un diagnostic de « trauma-contusion jambe », est-il ramené dans la nuit (5 h 30) par le SAMU, pour les mêmes symptômes, mais reste finalement en observation jusqu'à 14 h 30, le diagnostic posé (par un autre médecin) étant désormais « déchirure musculaire mollet » et « phlébite pf. » – la phlébite profonde est un trouble cardiovasculaire pouvant déboucher sur une issue fatale et dont un facteur favorisant est une blessure au mollet. Puisque le diagnostic a été réformé lors du second séjour et si le patient est resté en observation longtemps, c'est bien que le renvoi à domicile après un premier passage rapide a été porteur de risque.

Le risque peut aussi parfois se réaliser, comme l'illustre ce décès accidentel survenu dans un autre service et rapporté par Damien [Médecin de santé publique, consultant pour le compte de l'AAES] : « Une radio glissée dans une mauvaise pochette, une succession de petits incidents, le type est rentré chez lui, il est revenu le lendemain mais là vraiment grosse urgence, et il était trop tard ». À la suite de cet événement, sur lequel Damien, médecin lui-même, ne souhaite pas s'étendre, le chef de service et plusieurs membres de l'équipe auraient été remplacés. Ainsi, renvoyer un patient abusivement chez lui peut avoir des conséquences graves. Plus généralement, un taux

de retour élevé des patients est officiellement considéré par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) comme un indicateur de mauvais fonctionnement d'un service<sup>39</sup>.

S'il est difficile, au niveau individuel, de départager les retours qui résultent d'un mauvais examen lors du premier passage de ceux qui sont dus à une évolution rapide et peu prévisible de la maladie, en revanche la répétition de ces retours au cours du temps pour des médecins donnés permet de distinguer différentes pratiques médicales. Nous nous appuyons ici sur la loi des grands nombres, en faisant l'hypothèse qu'en moyenne sur la période, un patient quelconque qui se présente a autant de chances d'être traité par un médecin *senior* du service que par un autre. Au temps de passage moyen aux urgences, calculé automatiquement pour chaque médecin dans les bases de données de Maubourg, nous avons ajouté une deuxième dimension individualisée, celle du taux de retour. 130 médecins étant ainsi distingués dans les données, autant d'enregistrements sont disponibles, avec pour chacun d'eux l'identifiant du praticien, son temps moyen, le nombre de patients qu'il a traités sur la période, et le nombre de ses patients qui sont revenus dans le service, ces deux derniers chiffres permettant par division de calculer son taux de retour<sup>40</sup>.

On obtient ainsi une sorte de photographie des pratiques médicales possibles selon les deux dimensions du temps de passage et du taux de retour. Elle ne permet pas de faire ressortir les effets de la réforme par comparaison entre un « avant » et un « après ». En effet, le gradualisme de cette politique – les agents de l'AAES comme le docteur Dupré entendant agir non « par décret » mais en modifiant peu à peu les pratiques dans le sens qui les intéresse – fait qu'il serait bien difficile de dire quand elle commence et quand elle finit<sup>41</sup>. En revanche, cette quasi-photographie permet de comparer différentes pratiques individuelles saisies sur une période de temps réduite, plus ou moins conformes à l'entreprise de réforme morale en cours ou déviantes par rapport à elle, et donc d'objectiver les effets sociaux de celle-ci en termes de taux de retour des patients. Le temps moyen de l'ensemble de ces 130 praticiens est de trois heures en moyenne, avec un minimum de 1 h 36, un maximum

39. *Référentiel SFMU : Critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences*, SFMU, 2007, p. 103. Plus généralement, le phénomène du retour de certains patients est répertorié dans la littérature médicale, en psychiatrie, sous le nom de syndrome de la porte tournante (*revolving door syndrome*). Il prend son essor dans les années 1960, dans le cadre

du mouvement d'ouverture des asiles. Il est souvent associé aujourd'hui à la réduction des capacités d'accueil en psychiatrie, pour désigner une succession de sorties et de retours de patients instables. Voir John M. Davis, "Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia", *The American Journal of Psychiatry*, 132(12), décembre 1975, p. 1237-

1245 ; B. Castro, S. Bahadori, L. Ailam, A. Tortelli et N. Skurnick, « Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006 », *Annales médico-psychologiques*, 165(4), 2007, p. 276-281.

40. Ce chiffre relativement élevé provient de la rotation d'un certain nombre de médecins et de la possible évolution au cours du temps du codage de leur

nom. Dans ce dernier cas, un enregistrement représente un médecin sur une période donnée.

41. La politique de l'AAES peut être considérée comme un cas de changement graduel au sens de Wolfgang Streeck et Kathleen Ann Thelen, *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford, Oxford University Press, 2005.

de 5 h 53 et un écart-type de 44 minutes. Leur taux de retour moyen est de 14 %. Il varie entre 2,4 % et 30,7 %, avec un écart-type de 5,3 %. Ces données font apparaître un nuage de points assez dispersé, représentant l'espace des pratiques médicales existantes en termes de temps de passage et de taux de retour [voir figure 1, p. 30].

Or, ce nuage fait ressortir une corrélation négative entre ces deux grandeurs. La relation statistique entre les deux variables indique que les variations du temps de passage expliquent 20 % de celles du taux de retour ( $R^2 = 19,52$  %). Une réduction du temps de passage d'une heure correspond en moyenne à une hausse du taux de retour en pourcentage de 3,25 ( $TR = -0,0541 TU + 23,79$ )<sup>42</sup> ; autrement dit, pour une heure de moins, en moyenne par patient, passée à soigner 1 000 patients, 32 d'entre eux en plus reviennent dans le service.

Si ce lien négatif est statistiquement avéré, d'autres facteurs sont à l'œuvre pour rendre compte de la dispersion des pratiques, comme le montrent l'épaisseur du nuage et les 80 % de variation du taux de retour non expliqués par celles du temps de passage (et réciproquement). Quelques hypothèses peuvent être émises à leur sujet. Parmi ces facteurs se trouvent probablement ceux qui tiennent aux différences de pathologie, d'origine sociale des patients, d'organisation au sein du service, ainsi que ceux qui sont relatifs à la proportion d'habités traités par chaque médecin et à celle de cas de dégradation non problématique des patients<sup>43</sup>. De manière générale, on ne saurait en effet imputer à une seule personne, ici un médecin, une durée de passage qui est le résultat d'un processus éminemment collectif. Cependant, la droite de régression indique bien quel est, en moyenne, le taux de substitution entre temps gagné et taux de retour dégradé<sup>44</sup>. Les médecins qui se trouvent sur cette droite peuvent être considérés comme ayant des pratiques aussi efficaces les uns que les autres, de même, avec un niveau d'efficacité différent, que ceux se trouvant sur des parallèles. Plus un médecin se trouve sur une parallèle proche de l'origine du graphique, plus il a un faible taux de retour pour une durée de passage moyenne donnée, donc plus il peut être considéré comme efficace. Il n'est donc pas question ici de nier toute possibilité théorique d'amélioration conjointe de l'efficacité et de la qualité, mais juste de constater qu'étant donné les pratiques médicales effectives, réduire le temps de passage entraîne une hausse du taux de retour, autrement dit dégrade la qualité.

Ce système statistique général peut être précisé en le croisant avec l'ethnographie, dont il contribue en retour à mieux objectiver le biais de sélection des données. En effet, tous les médecins ne jouent pas le même rôle dans le service. Certains n'y passent que quelques mois, d'autres restent plus longtemps. Ce sont surtout les seconds qui m'ont été indiqués par la chefferie du service ou qui se sont le mieux prêtés à des entretiens et observations. Par ailleurs, ceux-ci ont permis de préciser leurs prises de position et leurs pratiques à l'égard de la problématique du temps de passage.

L'échantillon réduit des médecins ainsi approchés à Maubourg forme en fait un rectangle restreint au sein de la population globale des médecins qui y ont travaillé à un moment ou à un autre entre 2004 et 2006 [voir figure 2, p. 31]. Les pratiques de ces 15 médecins sont aussi plus homogènes que celles de l'ensemble de leurs collègues. Leur temps moyen est légèrement plus faible (2 h 42 en moyenne), son écart-type est plus réduit (22 mn), le minimum plus élevé (2 h 09) et le maximum plus faible (3 h 24). Si leur taux de retour moyen est quasiment identique (13,9 %), son écart-type est plus réduit (2,7 %), son minimum plus élevé (9 %) et son maximum plus faible (17,5 %). Pour ces 15 médecins, la relation négative entre durée moyenne de passage et taux de retour est cependant encore plus nette que pour l'ensemble des 130, comme le montre la figure 2 [voir p. 31]. Les variations du temps de passage expliquent cette fois 70 % de celles du taux de retour ( $R^2 = 70,43$  %). Une réduction du temps de passage d'une heure correspond à une hausse du taux de retour en pourcentage de 6,1 ( $TR = -0,1018 TU + 30,43$ )<sup>45</sup> ; autrement dit, pour une heure de moins, en moyenne par patient, passée à soigner 1 000 patients, 61 d'entre eux en plus reviennent dans le service.

De plus, ce gros plan permet de recouper régression statistique et observations ethnographiques. Le chef de service par exemple, le docteur Dupré, qui est à la pointe de la thématique de la réduction du temps de passage, le « bon élève » des travaux de l'AAES sur les urgences, se retrouve sans surprise plutôt vers le haut et la gauche du graphique, c'est-à-dire avec un temps moyen réduit et un taux de retour relativement important. Un de ceux qui cumulent le temps de passage le plus faible et le taux de retour le plus important, Geert, est un médecin étranger (hollandais). Une position symétrique est occupée par Henri, un médecin que le docteur Dupré considère comme

42. Il s'agit d'une régression linéaire par les moindres carrés ordinaires. Le coefficient du TU est significatif au risque 1 %, ce qui signifie qu'il y a 99 % de chances que cette corrélation soit avérée.

43. Les données disponibles à Maubourg ne permettaient pas d'évaluer précisément ces facteurs. Ils ont pu l'être dans un autre service (N. Belorgey, « Réformer l'hôpital, soigner les patients... », *op. cit.*, p. 179-

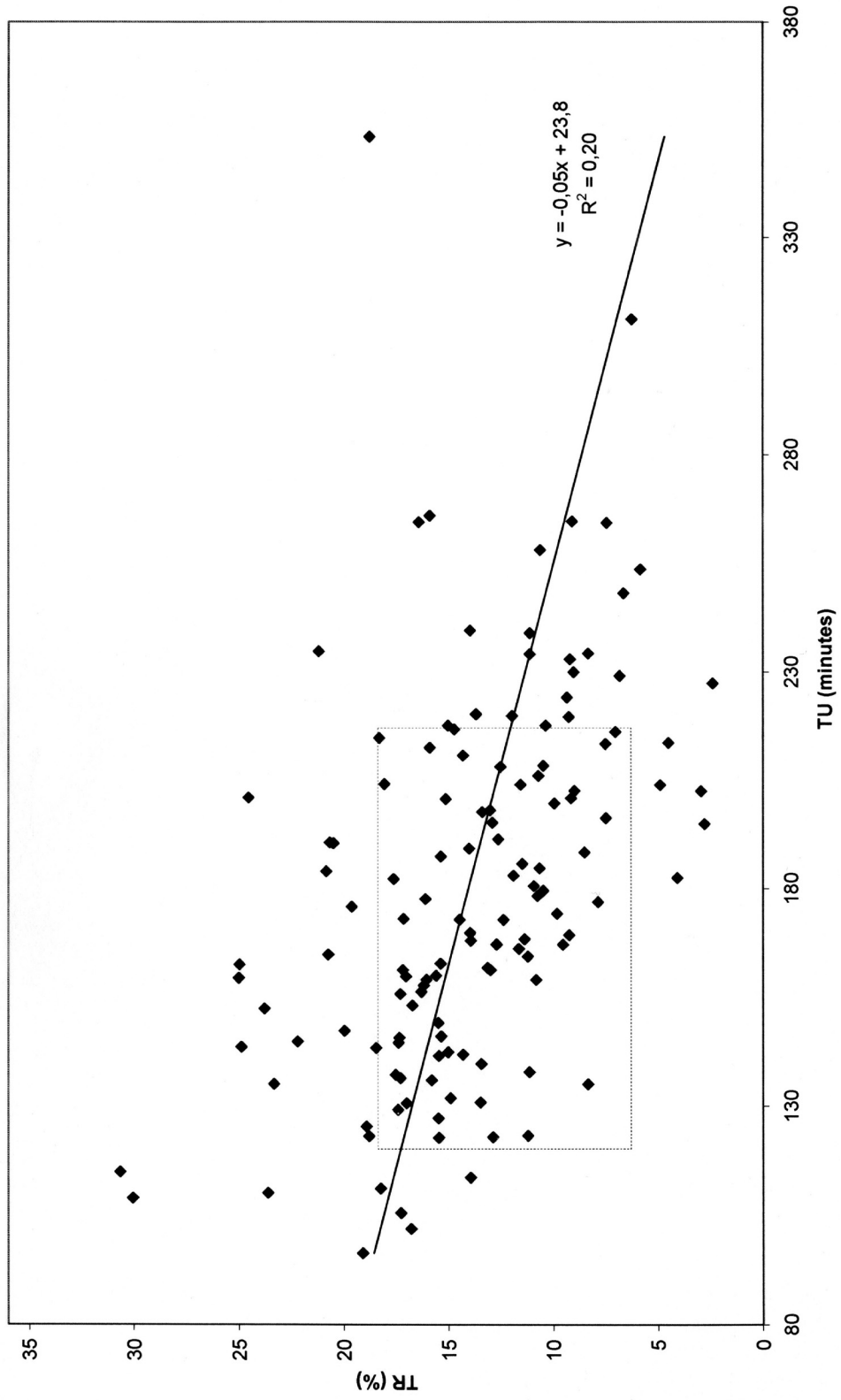
208). Cependant, on ne saurait transposer à Maubourg la quantification opérée dans ce second service, car il opère dans une zone géographique différente et ne traite pas les mêmes patients.

44. On s'inspire ici de la théorie de la production et des coûts. La droite d'arbitrage est l'équivalent d'une droite d'isocoût.

45. Au même niveau de risque, voir note 42.

Figure 1

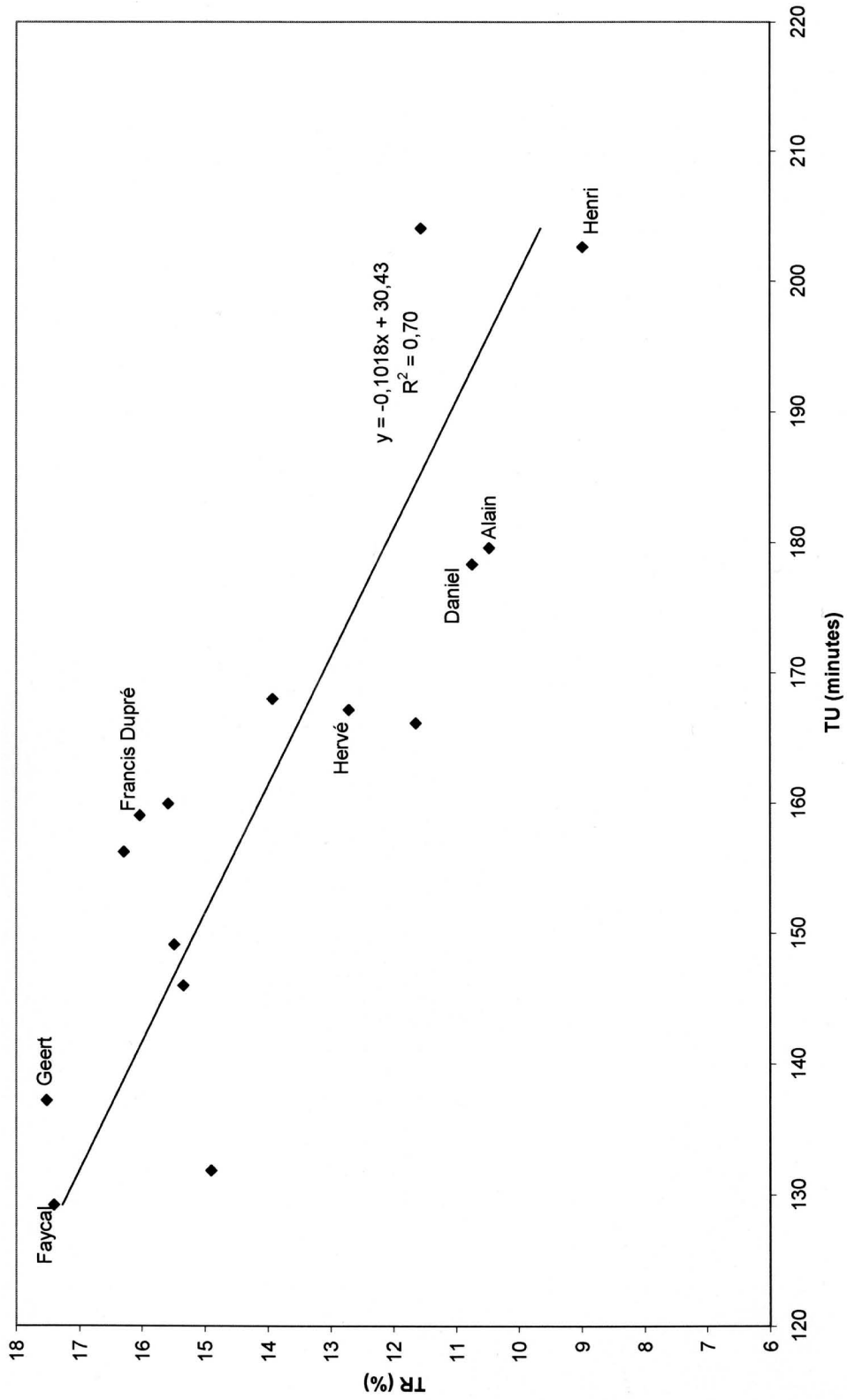
**Temps de passage moyen aux urgences (TU) et taux de retour (TR) par médecin à Maubourg (ensemble des médecins)**



NB : L'encadré en pointillés correspond à la position de la population restreinte étudiée dans la figure suivante.

Figure 2

**Temps de passage moyen aux urgences (TU) et taux de retour (TR) pour les médecins de Maubourg (sous-population observée)**



NB : Cette figure consiste en un agrandissement de la précédente, multipliée par trois au niveau de l'encadré en pointillés et ne conservant que les médecins qui ont été effectivement observés lors de l'enquête.

un de ceux qui auraient le plus besoin de « se bouger les fesses », et que certaines infirmières jugent particulièrement lent dans sa façon de soigner. Son temps de passage moyen effectivement très élevé s'accompagne du taux de retour le plus faible de notre échantillon restreint.

L'opposition entre Geert et Henri correspond à celle déjà vue à propos de Nadir et de Maya entre *outsiders* et *established*. Geert est arrivé récemment en France et dans le service, où il est simple contractuel. Dentiste de formation, il voit sa compétence médicale contestée par certains. Il peine pour se voir professionnellement reconnu. Il est donc fragile, sensible aux pressions de son chef de service. Par comparaison, Henri apparaît fortement doté en capital intellectuel et social. Sa famille – qui compte elle-même plusieurs médecins – est installée en France depuis de nombreuses générations. Il a réussi le concours de praticien hospitalier (PH), et doit dans moins d'un an être titulaire de son poste de fonctionnaire. Les critiques qui lui sont adressées dans le service ne concernent que la vitesse de ses soins, non leur qualité, ni ses caractéristiques personnelles, qui y sont vues de manière plutôt positive. Cette position beaucoup plus solide lui autorise en pratique une relative indifférence aux pressions du chef de service. Ainsi, Geert est dans le service un *outsider* et Henri un *established*. La position d'*outsider* apparaît liée à un faible temps de passage et à un fort taux de retour, signes d'une relative appropriation de la réforme managériale, et inversement pour celle d'*established*. Les positions des autres médecins sur ce *continuum* se comprennent au regard de leurs caractéristiques socioprofessionnelles<sup>46</sup>.

Le fait que la relation négative entre temps de passage et taux de retour soit plus prononcée dans l'échantillon des médecins observés que dans la population totale de ceux passés dans le service entre 2004 et 2006 (la proportion des variations expliquées passe de 20 % à 70 %, la pente de la droite est multipliée par deux) est vraisemblablement dû à deux facteurs. Tout d'abord, les pratiques des médecins observés se différencient fortement entre elles car elles correspondent à des options différentes dans les façons de soigner, résultant de leurs caractéristiques sociales, et que résume l'opposition idéale-typique entre *established* et *outsiders*. Ensuite, ce groupe peut être considéré comme formant le noyau des pratiques médicales possibles en termes de temps de passage et de taux de retour. Par rapport à lui, le reste de la population est beaucoup plus dispersé, et elle l'est davantage vers le haut et vers la droite, comme on peut le voir sur la figure 1, ce qui est le signe de la difficulté à concilier faibles temps

de passage et taux de retour. Par exemple, le point le plus à droite sur cette figure, et qui semble un peu isolé, cumulant long temps de passage et taux de retour plus élevé que ceux de l'échantillon restreint (18,8 %), correspond à un médecin étranger présent seulement peu de temps, vraisemblablement trop peu pour compenser le handicap d'une formation dans un autre pays. Ainsi, l'existence d'un arbitrage entre « efficacité » et qualité est établie à la fois par les observations ethnographiques et statistiquement.

Quand l'AAES affirme avoir obtenu des résultats dans les services d'urgence, cela signifie pour elle deux choses : d'une part, avoir convaincu les soignants que les problèmes qu'ils rencontraient dans l'exercice de leur métier ne provenaient pas d'un manque de moyens, mais de problèmes d'organisation et de « performance » ; d'autre part, avoir incité les urgentistes à travailler plus vite, à accroître leur productivité individuelle. L'enquête montre cependant que les effets sociaux de son action sont sensiblement différents. Ils consistent tout d'abord en une réévaluation de la position des urgentistes par rapport à leurs rivaux traditionnels dans la division du travail hospitalier, à savoir les services de spécialité. Aussi, pour estimer l'effet de l'action de l'AAES sur les urgences, faudrait-il se positionner au niveau de l'établissement dans son ensemble et non simplement à celui de services isolés. Les effets sociaux de l'action de l'AAES consistent ensuite en une conversion partielle des soignants aux réformes. Cette conversion est partielle non seulement dans l'ordre des idées, comme en témoigne la récurrence de la conviction chez certains urgentistes que les moyens de bien soigner font défaut, mais aussi en pratique, puisque son action s'assortit tout de même de certaines hausses de moyens, sans qu'on puisse départager l'origine des effets obtenus entre ces hausses et celle de la « productivité ». Enfin, le troisième effet de l'AAES consiste bien en une hausse de cette « productivité », la réduction du temps de passage des patients n'étant qu'un objectif purement instrumental (et sa réduction est assez limitée, à en croire les rapports mêmes de l'agence).

Mais cette hausse de la productivité n'est qu'apparente. En effet, pour déterminer réellement une productivité, il faut connaître les quantités produites, et celles-ci doivent être calculées pour une qualité inchangée. La flexion de la qualité introduite par la réduction du temps de passage empêche donc tout raisonnement rigoureux en termes non seulement de quantités produites mais aussi de productivité. En fait, tout se passe comme si on assistait à une différenciation des soins en tant que produit, la hausse

46. Pour une restitution détaillée des trajectoires sociales et professionnelles des médecins concernés, voir N. Belorgey, *L'Hôpital sous pression...*, op. cit., p. 288-293.

du taux de retour de certains soignants s'apparentant à une production de soins bas de gamme (*low cost*), sachant que les patients – particulièrement aux urgences – peuvent avoir du mal à estimer la qualité des prestations qui leur sont délivrées et à choisir entre elles. À la limite, un service très « performant » au sens de l'AAES pourrait renvoyer chez eux après les avoir vus très vite des patients qui reviendraient plusieurs fois pour la suite de leurs soins : le temps de passage moyen diminuerait, tandis que le nombre de ces passages, signe trompeur de l'activité du service, augmenterait. Tous les indicateurs seraient donc excellents. Seule une approche raisonnant non plus sur la fiction d'un épisode isolé dans la trajectoire de soin du patient, mais sur celle-ci dans son ensemble, peut remédier à cette vision partielle des choses.

Ce résultat est-il généralisable à des services relevant d'autres disciplines médicales, à d'autres hôpitaux que Maubourg, enfin à d'autres secteurs d'action des réformateurs ? Trois éléments plaident en faveur d'une extension possible de notre thèse à d'autres terrains. Tout d'abord, comme on l'a vu, les services d'urgence sont le lieu où s'expriment facilement les tensions

de l'institution hospitalière, en raison de la position particulière qu'ils y occupent. Il est donc possible que des tensions analogues existent ailleurs, plus contenues. Ensuite, le service de Maubourg est considéré par l'AAES comme l'un des « meilleurs » du pays, un des plus « mûrs » en termes de réforme. Il est donc vraisemblable que les faits qui s'y déroulent sont destinés à se généraliser avec l'extension programmée des réformes à l'ensemble du territoire<sup>47</sup>. Enfin, les autres secteurs de l'action publique présentent, en lien avec la Loi organique sur les lois de finances<sup>48</sup> et la Révision générale des politiques publiques<sup>49</sup>, certaines analogies avec ce qui se passe dans les hôpitaux : recours à des agences, à des consultants, à des indicateurs de « résultats » qui pourraient en fait n'être que des indicateurs de productivité apparente du travail, *benchmarking*, volonté de réduire le nombre d'agents publics par rapport à celui des usagers, etc. Les services d'urgence apparaissent donc comme un laboratoire intéressant pour observer les effets sociaux des réformes managériales en général. Toutefois, seules des observations dans d'autres lieux permettraient de vérifier à coup sûr le degré de généralité de ces résultats d'étape.

.....  
 47. Cette enquête a eu lieu antérieurement à la promulgation de la loi HPST, dont un des axes consiste en la généralisation de la politique étudiée ici à l'état natif.  
 48. LOLF, 2001, *op. cit.* 49. RGPP, 2007, *op. cit.*