

2. Les usages sociaux du *benchmarking*

« La perspective proposée ici vise à sortir des dilemmes récurrents auxquels se heurte le constructeur du chiffre, s'il veut y répondre complètement. D'une part, il précisera que la mesure *dépend de conventions* portant sur la définition de l'objet et les procédures de codage. Mais, d'autre part, il ajoutera que sa mesure *reflète une réalité*. Le paradoxe est que ces deux affirmations sont incompatibles, et qu'il est pourtant impossible de répondre autrement. En remplaçant la question de l'objectivité par celle de l'objectivation, on se donne une possibilité de voir autrement cette contradiction¹. »

L'AAES souhaite faire réaliser des économies budgétaires à l'Assurance maladie, comme l'illustre un document de travail interne (*cf.* tableau 1). On y voit les résultats escomptés d'une action envisagée par l'agence, le « développement de la chirurgie ambulatoire par l'incitation » : au cours des cinq années à venir, en effectuant certaines opérations chirurgicales en hospitalisation non plus complète mais « ambulatoire », ce qui évite notamment les frais d'hôtellerie, l'Assurance maladie économiserait des montants annuels variant de 31 000 à 126 000 euros, selon une courbe « en cloche ». Ce dispositif est généralement vanté auprès des patients pour le fait qu'ils rentrent ainsi chez eux plus vite et s'évitent du même coup l'inconfort du séjour dans une chambre étrangère. Les « incitations » résident dans le fait que, pour atteindre cet objectif planifié, les établissements et les soignants concernés seraient associés à ces gains financiers. On peut noter au passage que, dans ce tableau, il n'est question ni des patients ni de la qualité des soins. Celle-ci est donc supposée inchangée, tous les gains financiers provenant d'une « optimisation » du processus de soin, autrement dit de la suppression de coûts inutiles.

Tableau 1. Résultats escomptés d'une action de l'AAES (reconstitution)

Résultats					
	n+1	n+2	n+3	n+4	n+5
Économies nettes pour l'Assurance maladie	31 632 €	63 263 €	126 526 €	63 263 €	31 632 €
Intéressement net pour l'établissement	15 816 €	31 632 €	63 263 €	31 632 €	15 816 €
Prime pour infirmières, aides-soignantes, secrétaires et cadres	158 €	316 €	633 €	316 €	158 €
Prime pour chirurgiens et anesthésistes	791 €	1 582 €	3 163 €	1 582 €	791 €

¹ Alain DESROSIÈRES, *Histoire de la raison statistique*, La Découverte, Paris, 1993, p. 21.

Aux mêmes fins, l'AAES met en place sur l'ensemble de ses chantiers une démarche de *benchmarking*, qu'une de ses brochures mentionne ainsi :

Unaniment, les professionnels ont estimé que l'approche comparative de l'AAES a été utile, voire « essentielle » dans la conduite de ce chantier. Elle a permis d'impulser une réelle dynamique de collaboration pour comprendre les dysfonctionnements et dégager des propositions d'amélioration. Le *benchmarking* a également conduit à dépasser certains *a priori*, comme le lien supposé entre performance et niveau de ressources (personnels, box d'examen, lits d'aval...).

À en croire cette analyse, les problèmes des hôpitaux ne viendraient pas d'un manque de moyens, mais d'un manque d'organisation. Si, grâce à l'agence ministérielle, les professionnels de santé mettent en œuvre une « dynamique de collaboration », s'organisent mieux, alors les « dysfonctionnements » disparaîtront peu à peu. Cette recherche de gisements de productivité relève d'une approche managériale, que nous allons à présent préciser.

Des évidences mathématiques

Issu du monde de l'entreprise, parfois traduit en français par les termes d'« évaluation comparative » ou d'« étalonnage de la performance », le *benchmarking* est un exercice qui assigne un ou plusieurs indicateur(s) chiffré(s) censés être représentatifs de leur « performance », c'est-à-dire le plus souvent d'une forme de productivité, à certains acteurs, puis les fait se comparer entre eux sur la base de ce ou ces indicateurs². Son ou ses organisateurs espèrent ainsi obtenir une forme d'émulation entre ces acteurs, propice à les faire « progresser » dans le sens de l'amélioration de ces indicateurs. Le *benchmarking* doit durer un certain temps, afin de laisser aux acteurs le temps de « progresser », et comporter des rencontres périodiques afin d'assurer entre eux l'émulation et l'échange de « bonnes pratiques ». Les chantiers de l'AAES, avec leurs CTN et leur durée moyenne de deux ans, au cours desquels les services sont censés s'améliorer par émulation, en fournissent donc de bons exemples³.

L'AAES procède à des *benchmarkings* pour différents types de services hospita-

² La comparaison peut aussi avoir lieu entre ces acteurs et un objectif à atteindre. Cf. Isabelle BRUNO, *À vos marques®, prêts... cherchez ! La stratégie européenne de Lisbonne, vers un marché de la recherche*, Éditions du croquant, Paris, 2008.

³ Par différence avec cet exercice étalé dans le temps, le terme de *benchmark* désigne simplement l'indicateur de référence, ou la comparaison instantanée entre les « performances » chiffrées des parti-

liers, par exemple entre blocs opératoires, dont elle compare les taux d'occupation, ou entre services d'urgence, dont elle compare les temps de passage moyens de leurs patients. Elle prend généralement aussi en compte leurs effectifs. Ses *benchmarks*, repris par d'autres institutions, comme la Cour des comptes, se présentent sous le jour d'évidences mathématiques indiscutables :

L'AAES a étudié en 2004 « la gestion et l'organisation des blocs opératoires » dans huit établissements (cinq publics, un privé à but non lucratif et deux privés à but lucratif). Elle montre que l'effectif moyen de personnels par intervention varie de 1 pour une clinique à 2,3 pour un établissement public, la première réalisant 1,8 fois plus d'interventions. La comparaison des temps de présence montre que, sur les huit établissements, les équipes de l'établissement classé en tête passent 73 % de leur temps en salle d'opération et celles des moins performants 50 % : dans les deux cas il s'agit d'un hôpital public. Une comparaison des établissements publics entre eux montre d'autres écarts : pour un même nombre d'interventions, l'un mobilise 10 % de moyens supplémentaires et son taux d'occupation des salles est de 56 % alors qu'il est de 68 % pour l'autre⁴.

La presse spécialisée se fait également l'écho de ces comparaisons :

Grands écarts. Parmi les cliniques et les hôpitaux travaillant avec la mission ministérielle, l'hétérogénéité des temps de passage moyens est impressionnante : tous patients confondus, ils vont de 1 h 50 à 5 h 10 ; pour les malades de plus de 75 ans, les écarts se creusent encore, allant de 2 h 25 à 5 h 18⁵.

Ces *benchmarks* sont le plus souvent livrés au public sans autre forme de commentaire. Leur lecture conduit pourtant à se poser certaines questions. Pourquoi, par exemple, l'effectif moyen de personnels par intervention varie-t-il de 1 pour une clinique à 2,3 pour un établissement public ? Serait-ce en raison d'une moindre efficacité des établissements publics, due par exemple à leur excès de personnel par rapport à un secteur privé sommé d'être rentable, donc plus efficace ? Et les disparités au sein même du secteur public ne suggèrent-elles pas que certains travaillent plus, ou sont plus efficaces, que d'autres ? Ou alors, serait-ce parce que certains établissements, notamment ceux du secteur public, prennent en charge des malades plus lourds que d'autres, ou apportent plus d'attention au bon déroulement des opérations ? Bien que rien ne soit dit, dans le rapport de la Cour des comptes, qui permette de trancher entre les deux interprétations, sa tonalité privilégie clairement la première. De même, dans l'article

cipants.

⁴ COUR DES COMPTES, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, op. cit., p. 161-162.

⁵ Karine PIGANEAU, « Urgences : la politique des petits pas », *Le Quotidien du médecin*, 7 février 2007.

du *Quotidien du médecin* sur les temps de passage aux urgences, qui reprend quasiment telle quelle la position de l'AAES, les solutions esquissées ne sont que d'ordre organisationnel, ce qui oriente l'interprétation de ces écarts dans le sens d'une déplorable différence d'efficacité entre services du fait d'une mauvaise organisation. Certes, ce raisonnement n'est pas mené jusqu'à son terme. Il n'est pas écrit dans ce type de *benchmark* que certains soignants seraient plus efficaces que d'autres. Mais cette conclusion se dégage implicitement du texte dans le contexte des réformes actuelles, et le lecteur peut supposer que sa non-formulation ne provient que d'une ultime précaution méthodologique, voire politique (le souci du « politiquement correct »), ce qui renforce encore sa force de conviction.

Tout aussi implicitement, le *benchmarking* érige le mieux-disant en modèle⁶. En effet, puisque dans un service le temps de passage moyen est de 1 h 50, pourquoi les autres ne pourraient-ils en faire autant ? Pourquoi faudrait-il se contenter de la moyenne entre les deux bornes, 1 h 50 et 5 h 10, puisque certains services arriveraient encore à faire mieux ? L'omission des éléments qui écarteraient de ce résultat conduit naturellement à se replier sur lui. Le *benchmark* tend ainsi à produire une opération intellectuelle qui pourtant ne va pas de soi : choisir comme référence implicite pour une série de valeurs l'une de ses extrémités plutôt que sa moyenne. C'est un peu comme si, pour parler du poids des Françaises, on se référait systématiquement aux anorexiques.

« *Des résultats... pour quoi faire ?* » *De quelques usages des indicateurs statistiques*

Comment l'AAES construit-elle ses palmarès ? Comme l'explique Pascal, il s'agit pour elle de « sur chaque thème, prendre deux ou trois établissements, de préférence un bon, un mauvais, et les comparer ». En pratique, au sein de chaque chantier, elle rassemble ainsi huit, seize ou vingt-quatre services. La diversité de la médecine rend parfois la tâche plus difficile qu'il n'y paraît, comme l'explique un rapport intermédiaire :

Les libellés sont trompeurs, et il n'a guère été possible de procéder, à partir de cette base [vingt-quatre services], au *benchmarking* que chacun espérait. À titre d'exemple, il y avait dans la base trois services de psychiatrie, mais l'un d'adultes, l'autre de pédopsychiatrie, et le dernier de psychiatrie gériatrique, ce qui a interdit de les comparer.

⁶ Dans certains contextes, c'est même le sens de l'expression *benchmark* : meilleure position.

Au demeurant, pour mesurer une productivité, il faut définir des produits et des facteurs de production. Or il est difficile de couler dans ce moule la relation de service en général, et la relation de soins en particulier, notamment en raison du caractère non standardisé et collectif de la production, qui rend incertaines ces données (cf. encadré 2 en introduction). Aussi est-il tentant de se replier sur des indicateurs plus facilement accessibles, justement plus proches de ce qu'on cherche à faire : des indicateurs intermédiaires. C'est ce qu'indique Sylvain, dans le cadre du chantier sur le temps de travail des soignants :

Les indicateurs de performance sont très durs à obtenir, car il est déjà très dur de mesurer l'activité. En plus, les services examinés sont très différents, il vaut donc mieux prendre des indicateurs de bonne organisation du service.

Mais ce faisant, on ne mesure pas les résultats du travail. Par exemple, en ce qui concerne les blocs opératoires, les indicateurs mentionnés ne donnent aucune information sur la qualité des opérations effectuées. Les patients ont-ils été opérés dans de bonnes conditions de sécurité ? Ont-ils dû être opérés à nouveau à brève échéance ? Tout se passe en fait comme si l'AAES prétendait se rapporter à des indicateurs relatifs à ce que les patients retirent des soins, alors qu'en fait elle en utilise seulement concernant les soignants, leur organisation, l'intensité de leur travail. Et même les indicateurs intermédiaires sont parfois difficiles à cerner. Comme ironise Philippe, l'ingénieur du CIG, à propos de l'approximation de l'un d'eux, sa « charge en soin », par un soignant : « Ceci est une estimation pifométrique, réalisée en pleine journée par quelqu'un de fatigué. »

Dans ces conditions, à quoi servent les *benchmarks* ? Une première réponse consiste à dire que ces outils sont utiles avant tout pour « décloisonner » l'univers professionnel concerné. Elle est souvent donnée par des consultants, comme Mathilde, qui voient là une raison de leur intervention :

On a une logique organisationnelle, de performance, dans un monde qui n'est pas fait pour ça. Avec un fonctionnement qui est très cloisonné, comme vous le savez, avec des cheminées, des tuyaux d'orgues qui fonctionnent les uns à côté des autres, et mon métier c'est de voir comment on peut faire des ponts à partir des différentes approches, des différentes logiques, et essayer à partir de là de faire évoluer l'hôpital.

Certes, ce discours n'est pas sans rapport avec la réalité. Comme dans toute organisation, les enjeux de pouvoir à l'hôpital entraînent certaines rivalités, qui débouchent sur des cloisonnements, entre services et en leur sein. Lors d'une réunion à l'AAES,

un médecin chef parle ainsi de conflits de personnes qui l'obligent à maintenir entre deux zones de son service une cloison non seulement fonctionnelle, mais aussi physique. Il conclut son intervention par ces mots : « Et quand certaines personnes auront quitté l'hôpital, je pourrai retirer la cloison. »

Mais l'existence de rivalités n'empêche pas les soignants de se comparer entre eux. Ils ne correspondent pas réellement à l'image qu'en donnent certains consultants, de monades qui ne communiqueraient entre elles que grâce à leur intervention⁷. Dans leurs différentes catégories professionnelles, ils sont d'abord formés ensemble, par exemple dans des Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) ou dans des facultés de médecine. Ils ont ensuite connaissance de ce que font leurs collègues dans l'accomplissement même de leur travail. Ils communiquent enfin par la mobilité inter-services et interétablissements, par la participation à des travaux de recherche, par les connaissances communes dans ce monde relativement endogame qu'est l'hôpital (*cf.* chapitre 6). En fait, les entretiens avec des soignants montrent qu'ils s'intéressent d'assez près à ce que font leurs collègues. La connaissance qu'ils en ont semble d'autant plus grande qu'ils se situent à un niveau élevé dans la hiérarchie soignante (médecin, praticien hospitalier et universitaire, etc.), c'est-à-dire que leur position leur donne accès à des réseaux plus vastes. Ainsi, tel neurologue hospitalo-universitaire énumère par cœur la liste des services de France où sa sous-spécialité est pratiquée, avec les caractéristiques précises de chacun d'entre eux, et tel chef de service de biologie sait à peu près ce que sont capables ou incapables de faire tous les laboratoires français et étrangers qui lui sont accessibles, et à quels tarifs.

Les soignants s'assemblent aussi parfois en associations professionnelles, en syndicats. Par exemple, dans le domaine des urgences, l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) diffuse par son site Internet un programme informatique, l'« Amufette », permettant de calculer le nombre de postes qu'un service est en droit d'obtenir de ses tutelles, étant donné ses caractéristiques principales et les textes réglementaires en vigueur. Loin d'être aveugles les uns aux autres, les services se comparent donc sur ce qui les intéresse. Il semble donc difficile de souscrire à l'idée selon

⁷ Leibniz définit les monades comme des unités individuelles, closes sur elles-mêmes et imperméables les unes aux autres, seul Dieu établissant un contact entre elles. *Cf.* Gottfried LEIBNIZ, *La Mona-*

laquelle les *benchmarks* auraient pour fonction de faire communiquer entre eux des soignants qui sinon s'ignorerait.

Une deuxième réponse sur l'utilité de ces outils pour leurs auteurs semble plus convaincante. Ils serviraient à « mobiliser » les soignants, à les « faire bouger », comme l'illustre la présentation aux services des résultats d'une enquête de satisfaction menée auprès d'eux et de leurs patients par un consultant pour le compte de l'agence. En ouverture de la réunion, une diapositive préventive est projetée pour les rassurer : intitulée « Des résultats... pour quoi faire ? », celle-ci liste différents items (« pour comprendre les patients », « pour s'améliorer », « pour changer », « pour se poser des questions », « pour mobiliser dans le service »), tandis que deux éléments apparaissent de manière barrée : « pas un classement » et « pas la Vérité absolue ». Il ne s'agirait ainsi nullement de classer les soignants, donc d'en stigmatiser certains ; l'AAES ne chercherait qu'à les mobiliser. Plus qu'un simple déminage du terrain, cette précaution exprime une réalité profonde de la démarche. Le consultant présente de surcroît l'action qu'il demande aux services d'effectuer sur eux-mêmes sous un jour très positif : il s'agirait de « comprendre les patients », de « s'améliorer », etc. De fait, cette évaluation est riche de conséquences, comme le montrent tout d'abord les précautions dont est assortie la levée de l'anonymat. Dans les résultats, les établissements sont anonymisés par des sigles (H1, H2, ...). Les agents de l'AAES et les consultants ont longuement discuté entre eux, en réunion préparatoire, s'il valait mieux lever l'anonymat (« ça va leur mettre la pression ») ou non (« ils vont se sentir attaqués »). Finalement, une voie moyenne est retenue. Lors du CTN, Gaël (qu'on connaît depuis le chapitre précédent) demande aux hospitaliers d'un air candide : « Ça vous intéresse de savoir où vous êtes ? » Puis, devant leur absence de protestation, il écrit à la main sur un tableau à côté de lui les équivalences entre sigles et établissements.

La publication des résultats produit à son tour des effets. Après la communication du premier rapport d'enquête à un service mal noté par ses patients, les relations des consultants avec sa cadre supérieure, qui peut être considérée comme responsable de la situation, du fait de sa position dans la hiérarchie, se dégradent brusquement. À leur visite suivante, les consultants ont le plus grand mal à la rencontrer et elle refuse de

leur serrer la main. Quelques mois plus tard, elle quitte le service « pour un endroit plus calme » (Damien). Si le *benchmark* ne produit « pas la vérité absolue », il n'en produit pas moins des effets bien réels.

Un autre de ces effets réside dans l'inversion des hiérarchies traditionnelles, comme le montre, sous une apparence anodine, un échange révélateur :

- Damien : Le mieux, c'est une sectorisation long/court, plutôt que médecine/chir., ou autre.
- Dr Dupré : C'est ce qu'on a fait.
- Gaël : D'autres services en ont-ils fait autant ?
- Pr. Dumont : Oui, ben nous, faudrait qu'on fasse la même chose.

Le *professeur* Dumont est quinquagénaire, professeur des universités-praticien hospitalier (PUPH, le sommet de la hiérarchie hospitalo-universitaire), chef des urgences d'Hôpital Est, un CHU de taille régionale, enfin membre du jury du concours de l'internat, qui détermine le rang de sortie des médecins et les spécialités qu'ils peuvent ou non choisir. C'est donc un personnage important dans le monde médical. Quant à lui, le *docteur* Dupré est juste trentenaire, « simple » praticien hospitalier (PH), non universitaire, chef des urgences de Maubourg, un CH de taille départementale. Or, dans le cadre du chantier, la hiérarchie médicale s'inverse. Le professeur est en position de mauvais élève et se voit donner des conseils par le jeune docteur. Ainsi, en recourant à des outils managériaux, les fractions dominées de la profession médicale peuvent mettre en cause la structuration traditionnelle de leur corps de métier, selon un mécanisme analogue à celui observé ailleurs, par exemple dans les palmarès hospitaliers⁸ ou dans les partis politiques⁹.

Avec de nouveaux classements de personnes, l'AAES promeut aussi de nouveaux principes de vision et de division des services. Ainsi, la partition traditionnelle entre chirurgiens et médecins, ou entre médecine traumatique et non traumatique, issue du cursus universitaire et traduite en un clivage fort au niveau professionnel (donc dans les sociétés savantes, les rémunérations, les affiliations, etc.), se trouve, dans le chantier de l'agence sur les services d'urgence, détrônée au profit d'une autre, essentiellement organisationnelle, entre « circuit court » et « circuit long ». Selon elle, les mala-

⁸ Frédéric PIERRU, *Hippocrate malade de ses réformes*, *op. cit.*

⁹ Cécile ROBERT, « Les transformations managériales des activités politiques », *Politix*, n° 20 (79),

des ne devraient plus être triés à l'entrée des services en fonction de leur pathologie, donc des qualifications médicales requises pour les soigner, mais du temps présumé que prendra leur passage. Ainsi, l'AAES innove en introduisant non le principe de la comparaison entre services, mais de nouvelles bases pour effectuer cette comparaison, de nouvelles formes de légitimité dans le monde médical. Réciproquement, le fait de servir à des comparaisons légitime ces nouvelles façons de penser le monde médical.

Ainsi, en mettant en place ces *benchmarks*, les agents de l'AAES n'introduisent pas la comparaison entre les soignants, qui la pratiquent déjà largement, mais en renouvellent les critères, afin d'exercer sur eux une action. Celle-ci passe par la stigmatisation de certains et remet en cause les hiérarchies traditionnelles.

Plus profondément, l'objectif visé par ces *benchmarkings* consiste à convertir les problèmes de moyens que pointent les soignants en problèmes d'organisation et de « performance », collective voire individuelle, dont ils seraient les seuls responsables. En effet, face aux tutelles, les urgentistes rendent plutôt compte de leurs problèmes par le manque de moyens. Une grande partie de la première vague du chantier aurait été consacrée, selon Pascal, à convaincre les urgentistes du bien-fondé d'un raisonnement en termes de temps d'attente plutôt que d'augmentation des moyens. Un argumentaire de la CGT-Santé sur les urgences parle surtout d'« ajustement nécessaire des moyens aux besoins ». Pendant la deuxième vague du chantier, lutter contre cette vision du monde occupe encore une partie du temps des agents de l'AAES, comme Gaël :

– Gaël : Vous êtes en train de dire que votre contrainte architecturale explique votre faible performance ?

– Un urgentiste : Ben oui... Des locaux plus grands, ça serait une petite bouffée d'oxygène...

– Gaël : On en parlait tout à l'heure, 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...

C'est aussi le cas de Frédéric, un ingénieur quadragénaire qui dirige la mission pour l'un des deux cabinets du chantier sur les urgences :

– Un urgentiste : L'idéal serait d'avoir beaucoup de médecins, un qui fait le circuit court, un qui fait le circuit long, un qui va là où on en a besoin, etc. Là, ça marcherait bien.

– Frédéric : Je crois que c'est pas tout à fait l'idée, là.

Dernier exemple, lors d'un CTN, une nouvelle participante, urgentiste, évoque un problème éthique lié de manière sous-jacente aux moyens :

Le problème, c'est le secret médical [...]. On passe par là [à côté d'un box] et on entend « Ah, vous êtes Madame Untel ! » C'est vraiment pas génial, il faudrait des locaux plus adaptés, plus grands...

Le docteur Dupré tente alors de lui expliquer que « c'est partout pareil », qu'ici « on essaye d'améliorer les choses sur un autre plan », celui de l'organisation à moyens constants. Un agent AAES, se tourne alors vers moi et me glisse en aparté :

C'est qui celle-là ? C'est la première fois qu'elle vient... On en a déjà parlé il y a dix-huit mois ! Est-ce qu'elle va continuer toute la journée comme ça ? Gaël, il doit être fou...

Ainsi, les agents de l'AAES et les consultants ne cherchent pas à répondre à des besoins exprimés spontanément, mais tentent d'orienter la réflexion, à l'aide d'arguments plus ou moins scientifiques, comme celui inspiré de la mécanique des fluides, vers l'idée qu'il faut accroître non les coûts, mais la « performance ». Damien présente cette idée magistralement :

Soient trois patients en attente de radio. Le coordinateur de flux [une innovation organisationnelle promue par l'AAES, *cf. infra*] 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, de toute façon, ils attendent un spécialiste qui va pas passer tout de suite, donc, de toute façon, ça va rien changer pour eux de passer après l'autre à la radio.

Cette description montre l'aspect le plus pur de l'action de l'AAES : à moyens inchangés, sans altérer en aucune manière le processus de soin, la qualité des soins ou la justice dans l'ordre de traitement des patients, améliorer la satisfaction globale par une meilleure organisation. La scène mérite d'être revue. Trois patients attendent dans une salle. Avec la procédure habituelle, le troisième passerait après les deux autres et attendrait de ce fait très longtemps. Mais grâce à la nouvelle organisation, il va passer beaucoup plus vite, sans pour autant retarder les autres. Tous les autres paramètres (de coût, de qualité, etc.) demeurent inchangés. À un autre moment, Damien parle par mégarde de « saturation » chronique des lits d'aval. Il se fait immédiatement reprendre par Pascal : « Saturation ou mauvaise gestion ? » Il s'agit bien d'affirmer que le problème ne résiderait pas dans un manque de moyens, mais dans la mauvaise utilisation des moyens disponibles.

Améliorer la « performance » d'un service signifie aussi accroître celle de ceux qui

y travaillent. C'est pourquoi l'injonction à l'« efficacité » se décline aussi au niveau individuel, comme permet de le comprendre une intervention du Dr Dupré, qui fait décidément figure de bon élève dans le chantier :

– Dr Dupré : Dégager les bonnes pratiques à partir de l'analyse des temps... Le chef de service que je suis est extrêmement friand de ça, ça permet de dégager les performances de chacun... À patients égaux, etc., suis-je plus efficace ?

– Consultant : L'employé du mois, quoi.

– Dans la salle : Et la qualité dans tout ça ?

– Dr Dupré : Ça ne touche que la rapidité, seulement la rapidité...

– Dans la salle, un peu houleuse : Celui qui est plus long, il fera plus de relationnel aussi [ce mode de soin, complémentaire des soins purement techniques, exige de passer du temps avec le patient]...

– Dr Dupré : Oui, il faut éviter de tomber dans la productivité, mais inversement il y a des gens qui ont besoin de ce genre d'outils pour se bouger les fesses.

« Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences » : les sens d'un objectif

Décliné jusqu'au niveau individuel, le *benchmark* doit aussi, pour mobiliser efficacement les acteurs, montrer que leurs différences de performance ont lieu « toutes choses égales par ailleurs », ou que les autres choses n'importent guère. Cela suppose un cheminement en deux étapes : trouver un indicateur de « performance » consensuel ; en expliquer les variations essentiellement par les choses sur lesquelles on veut agir. Ces deux points sont particulièrement bien illustrés par la question du « temps d'attente et de passage des patients dans les services d'urgence », l'un des trois chantiers de l'AAES que je suis en détail.

Aucun patient ne souhaite attendre longtemps aux urgences. L'attente, qui peut signifier à la fois un retard dans les soins, dommageable pour la santé, et une douleur prolongée, est une catégorie fondamentale de l'expérience de l'utilisateur des urgences, comme le montrent mes premières observations à Larrey (décembre 2004). J'ai revêtu une blouse blanche qui me donne l'air d'un étudiant en médecine, un « externe », et grâce à laquelle je peux circuler à ma guise dans le service. Sauf pour aller chercher un patient ou donner des nouvelles à ses accompagnants, les soignants ne se rendent pas en salle d'attente. Je ne tarde pas à comprendre pourquoi. Cette salle est séparée de l'intérieur du service proprement dit par des portes coulissantes, qui s'ouvrent automatiquement quand on s'y rend, mais nécessitent un code d'accès pour le retour. Dès que

je franchis ces portes, je sens une dizaine de regards braqués sur moi avec insistance. Certains se plaignent, m'appellent « docteur », me disent qu'ils sont arrivés depuis longtemps, d'autres sont agressifs. Mais les pires sont ceux qui ont mal et qui me regardent sans rien dire. L'autre nuit, un ambulancier qui venait d'amener un patient blafard qui souffrait apparemment beaucoup de la jambe, pensant que j'avais un pouvoir quelconque pour accélérer son traitement, commentait devant moi à quel point ce type d'accident pouvait faire mal. Les patients attendent parfois dans les services d'urgence avec fatalisme¹⁰. Mais l'attente est de plus en plus l'objet de reportages dans les médias, qui la décrivent comme anormale, à la faveur d'événements tels que la canicule de l'été 2003, ou de grèves qui dénoncent l'« engorgement » des services, s'appuyant sur des photos montrant l'accumulation dans les couloirs de patients qui attendent sur leurs brancards.

Autant que pour les patients, une attente excessive signale pour les urgentistes un problème. Par définition, ils sont bien placés pour savoir qu'elle peut avoir des conséquences dommageables pour la santé. Celles-ci peuvent concerner des personnes simplement fragiles, comme l'explique Maya, médecin urgentiste à Larrey :

Tu laisses des personnes de quatre-vingts ans sur des brancards, en plein courant d'air, à côté de l'alcoolique chronique, du gars qui vient amené par la police, du tuberculeux, etc. C'est inadmissible.

Elles peuvent aussi désigner des patients déjà graves. Nadir, ce médecin urgentiste que nous connaissons déjà (*cf.* introduction), me parle ainsi du cas d'un patient :

Il restera paralysé [...]. Il a été vu par un interne [qui n'a pas trouvé ce qu'il avait]. J'ai demandé une IRM. Ça a pris du temps. J'ai fait un transfert SAMU [pour une opération chirurgicale impossible à réaliser sur place]. En tout, ça nous a pris... [il fait le calcul] sept heures. C'est trop long.

Ces déclarations sont loin d'être des cas isolés, puisque 63 % des soignants qui ont répondu à mon questionnaire estiment que le temps est un problème essentiel (*cf.* tableau 2).

¹⁰ Jean PENEFF, « La face cachée d'Urgences, le feuilleton de la télévision », *Genèses*, n° 30, 1998.

Tableau 2. « Si certains patients attendent longtemps entre le moment où ils se présentent à l'accueil et celui où ils sortent du service... »¹¹

	Larrey	Maubourg	Ensemble
C'est un problème essentiel	71 %	55 %	63 %
Ce n'est pas un problème essentiel	25 %	28 %	27 %
Non-réponse (*)	4 %	17 %	10 %
n =	52	53	105

(*) Les non-réponses signifient évidemment ici que le répondant ne considère pas cette question comme essentielle.

Cependant, la variation interservices des réponses est étonnante. Les réformateurs, notamment ceux de l'AAES, présentent habituellement leur démarche comme favorisant la prise de conscience par les soignants de réels problèmes, qui sinon passent malheureusement inaperçus, ou restent trop peu perçus. Dans cette optique, un service comme Maubourg, engagé dans une démarche de réduction du temps d'attente, devrait être plus sensible à la question que Larrey, qui ne l'est pas. Or c'est le contraire qui se produit : la « conscience du problème » est plus grande là où les réformateurs ne sont pas intervenus (71 % contre 55 %). Cette énigme sera levée plus tard (chapitre 5). Pour le moment, il suffit de constater qu'il n'est pas nécessaire aux soignants d'être engagés dans une démarche de type AAES pour savoir que le temps d'attente est un problème. Ainsi, bien que dans des sens très différents, réduire le temps d'attente et de passage aux urgences est un objectif apparemment valable d'un triple point de vue : patients, soignants, et enfin réformateurs, à qui il doit permettre de faire « bouger » les soignants. Aussi est-ce une notion propice à fédérer l'action. Son intérêt réside précisément dans la pluralité d'interprétations dont il fait l'objet. Son essence est d'avoir plusieurs sens.

Le passage de M. Driss aux urgences et sa trace informatique

Pour mesurer ce temps, calculé en pratique par soustraction de l'heure d'entrée du patient à celle de sa sortie, l'AAES s'appuie sur l'informatique des services d'urgence. En effet, initialement conçus pour donner simplement aux urgentistes une vue instantanée de l'ensemble de leurs patients, les logiciels en question archivent également les données relatives aux passages de ceux-ci. À leur tour, les bases ainsi constituées permettent à l'agence ministérielle d'accéder à des informations sur ce qui se passe dans

¹¹ Ce tableau est issu du questionnaire que j'ai fait passer aux soignants.

les services à un coût bien moindre que si elle devait, comme elle le fit lors de la première vague du chantier, envoyer des observateurs chargés spécifiquement de les recueillir.

Cependant, les données ainsi utilisées par l'AAES donnent une image particulière du fonctionnement du service, comme le montre la comparaison entre le passage d'un patient, M. Driss, et la trace qu'il aurait laissé dans ces bases. M. Driss a soixante ans, il est ouvrier et habite une banlieue proche de Migny. D'origine comorienne, il parle mal français et son fils lui sert d'interprète. Depuis plusieurs jours, il souffrirait de maux de ventre et de diarrhées. Il se présente à l'entrée du service un matin vers 9 h 30. Il commence par faire la queue pour accéder au premier guichet, celui de l'accueil administratif. Le compte rendu qui suit résulte des notes que j'ai prises au cours de la journée et du résumé de son passage disponible dans Urqual, le logiciel du service.

9 h 41.

Le fils donne à l'agent administratif les renseignements qu'il demande concernant son père : nom, adresse, et à défaut de carte de Sécurité sociale, affiliation à l'aide médicale d'État (AME). L'agent enregistre M. Driss sur le logiciel utilisé pour la facturation, puis sur Urqual, sur l'écran duquel il apparaît d'abord en jaune, couleur d'un enregistrement administratif, puis quelques minutes après en bleu, signe d'une relative urgence. En effet, au vu de ses déclarations et de son état apparent, l'agent d'accueil le fait passer rapidement dans la première pièce d'examen où il rencontre l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). La jeune femme qui remplit cette fonction, introduite aux urgences dans les années 1990, doit comme son nom l'indique réaliser l'accueil non plus administratif mais soignant des patients : elle procède à une rapide évaluation de leur état de santé afin de les « orienter », autrement dit de savoir notamment s'ils ressortent à la chirurgie ou à la médecine, et quel est leur degré d'urgence. L'IAO reçoit donc M. Driss et l'interroge par l'intermédiaire de son fils sur son état et sur ses antécédents médicaux. Il indique être diabétique. Pendant ce temps, une aide-soignante lui prend ses « constantes » : température, pression sanguine, etc. L'infirmière enregistre le tout dans Urqual. « Douleurs abdominales aiguës ou intenses + diarrhées chroniques. » Elle lui affecte aussi un niveau de priorité, trois en l'occurrence, d'où la cou-

leur bleue de M. Driss sur Urqual : elle permet aux soignants de se faire instantanément une idée de sa gravité (l'encadré 5 explique les différentes manières de classer les malades des urgences). Par ailleurs, grâce à l'écran d'accueil du logiciel représentant l'espace géographique du service, les soignants peuvent aussi savoir immédiatement où il se trouve. M. Driss est installé par l'IAO dans un box, en attendant le médecin. Conformément à la règle instaurée pour éviter que la présence permanente d'accompagnants, potentiellement conflictuelle, n'alourdisse le travail des soignants, son fils doit patienter en salle d'attente.

Encadré 5. Classifications des malades aux urgences

1) Lors de son passage devant l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), le patient se voit assigné un degré de gravité associé à un temps maximal théorique d'attente du médecin. Chaque service a sa propre classification. Par exemple, à Larrey, un malade classé « 3 » doit théoriquement passer en moins d'une heure (deux heures s'il est classé « 4 »).

2) La classification clinique des malades aux urgences (CCMU) a été conçue par des urgentistes en 1994¹². Elle fait aujourd'hui partie du référentiel de la SFMU¹³. Bien que le codage soit effectué en fin de parcours, par le médecin qui indique le diagnostic final, elle distingue les patients selon leur gravité à leur arrivée dans le service. Elle comprend initialement cinq classes :

1 : état stable ne nécessitant pas le recours à des examens complémentaires ;

2 : état stable nécessitant des actes complémentaires ou des gestes thérapeutiques ;

3 : état susceptible de s'aggraver mais n'engageant pas le pronostic vital ;

4 : état instable engageant le pronostic vital sans nécessiter de gestes lourds, sans gestes de réanimation ;

5 : état instable nécessitant des gestes de réanimation.

Deux classes sont rajoutées par la suite :

- P : patients ayant une dimension psychiatrique ;

- D : patients décédés à leur admission.

Bien qu'il n'y ait aucune nécessité dans la correspondance entre le tri IAO et la CCMU, puisqu'ils sont faits par deux personnes différentes à deux moments différents, on constate

¹² Vincent FOURESTIÉ *et al.*, « Classification clinique des malades aux urgences. Définition et reproductibilité », *Réanimation urgence*, n° 3 (5), 1994.

¹³ Jean ROTTNER (dir.), *Référentiel SFMU : critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences*, SFMU, 2007.

en pratique une corrélation assez étroite entre les deux (négative, puisque la première est décroissante avec la gravité et la seconde, croissante), ce qui signifie que l'état des patients n'est pas trop mal estimé *a priori* par l'IAO.

10 h 25.

Jérôme est interne en cinquième année de médecine et effectue son stage à Larrey depuis quelques mois. Nouveaux arrivants, nous avons sympathisé. Il a accepté que je l'accompagne pendant une journée complète, et depuis son arrivée ce matin à 8 heures je le suis comme son ombre. Il a d'abord passé en revue les patients pris en charge par l'équipe de nuit qu'il relaie. Il peut à présent se tourner vers les nouveaux arrivants. Sandra, une jeune infirmière affairée, arrivée avec l'équipe paramédicale vers 7 heures, lui glisse que M. Driss ne parle pas français et Jérôme grommelle :

Ça complique toujours les choses d'avoir un patient qui ne parle pas votre langue... Même des Français, cortiqués et tout, parfois ils ne savent pas te dire quels médocs ils prennent...

Peu après, Sandra fait entrer le fils de M. Driss dans le box pour qu'il traduise. Jérôme fait sa consultation et ausculte le ventre douloureux. « Ça fait mal un peu ou beaucoup ? » Le fils traduit la question et restitue la réponse : « Oui. »

10 h 51.

Jérôme écrit directement le résultat de sa consultation sur le clavier du terminal Urqual installé dans le box. Il tape avec deux doigts, lentement, en abrégé. Dans le dossier informatique de M. Driss, il prescrit des examens biologiques et radiologiques et des médicaments ; les prescriptions apparaissent immédiatement sur l'écran, à partir duquel l'infirmière de médecine pourra accéder à leur détail. Jérôme rassure le patient :

On va faire des radios et une prise de sang, on va faire quelque chose contre la douleur, une infirmière va venir vous le donner.

Le fils traduit, M. Driss remercie en souriant. Jérôme sort du box et attrape Sandra au vol :

– Jérôme, un peu intimidé : C'est toi qui t'occupes de médecine ?

– Sandra, d'un air moqueur au jeune interne qui n'a pas encore compris la répartition des rôles entre les infirmières : Oui.

– Jérôme, à Sandra : Tu peux lui donner [tel antalgique] ? [À nous deux) :] Il a un abdomen chirurgical.

Sur le moment, je mesure surtout la difficulté à comprendre le fonctionnement d'un service hospitalier quand on n'a comme moi aucune connaissance médicale. J'ai l'impression d'être un ethnologue arrivé dans une tribu dont il ne parle pas la langue. En fait, dire que M. Driss a un abdomen chirurgical signifie qu'il faudra peut-être l'opérer. Jérôme n'a guère de diagnostic plus précis. Il hésite. Il se rend en salle de détente où des médecins *seniors* se passent des consignes en buvant du café. L'un d'eux, Samira, accepte de venir. « C'est quoi l'histoire ? » demande-t-elle en faisant allusion à « l'histoire de la maladie », une des étapes canoniques du diagnostic. Elle le taquine. « "Il était une fois..." Tu devrais être plus sûr de toi à ton âge. » Jérôme recommence son récit et le conclut en disant que le ventre de M. Driss « fait chirurgical ». Elle le reprend encore en riant : « Il a un ventre qui *fait* chirurgical ou qui *est* chirurgical ? J'aimerais de la précision dans la sémantique. »

11 h 23.

Samira examine M. Driss toute seule, tandis que Jérôme, au vu des étiquettes jaunes qui apparaissent de plus en plus sur Urqual, va s'occuper d'un autre malade. Pour avoir toutes les données connues du problème, elle consulte le dossier informatique de M. Driss, qu'elle ouvre en se connectant grâce à son code personnel, de sorte que le logiciel enregistre automatiquement qu'elle participe à la prise en charge.

11 h 28.

Samira et Jérôme se retrouvent. Elle est catégorique : « C'est une appendicite, pas une péritonite. » Elle demande quelques précisions sur l'histoire de la maladie, et recommande quelques examens supplémentaires auxquels Jérôme n'avait pas pensé. Jérôme est sceptique. « J'y crois pas trop à l'appendicite. Il n'a pas de fièvre... C'est le piège par excellence l'appendicite. » Il décide de demander à un autre *senior*, plus expérimenté que Samira. Mais plus aucun médecin n'est disponible, en salle de détente ou ailleurs. Jérôme finit par en « bipper » un quelque part dans l'hôpital, et en reçoit quelques consignes qu'il n'a pas le temps de me répéter. Il doit s'occuper d'un patient qu'il a pris en charge entre-temps, puis d'un autre, avant de pouvoir revenir vers M. Driss. Il s'assure que l'infirmière lui a donné son antalgique, puis note dans Urqual le résultat des consultations et de la discussion avec Samira :

dleur abdo diffuse, predominant en hypocondre droit, epigastre, et FID. Defense localisée en FID et flanc droit. Pas de cicatrices abdo. Pas de nausées. BHA faibles. Pas de globe urinaire. BDC réguliers, pas de souffles, mollets souples et douloureux (mais chronique de sa neuropathie), pas de signe d'insuf cardiaque. Auscultation pneumo normale, pas de toux ni dyspnee. Pas de déficit moteur, glasgow 15¹⁴.

Dans le doute, il ne mentionne donc pas de maladie : péritonite (inflammation de la membrane qui tapisse l'abdomen) ou appendicite (qui concerne le tube digestif, donc un organe différent de cette membrane), mais seulement des symptômes présents ou absents. Le diagnostic procède ainsi par élimination.

13 h 30.

Jérôme a vu un nouveau patient, ce qui porte à quatre le nombre de ceux qu'il a pris en charge ce matin, en dehors de ceux de la nuit, juste revus mais qui n'ont pas encore quitté le service. Pour s'y retrouver, il utilise Urqual et une feuille de format A4 pliée en quatre dans sa poche, où il note le nom de chaque patient et où il en est avec chacun d'eux. Il a aussi déjeuné d'un plat lyophilisé en salle de détente et passé un coup de fil personnel de vingt minutes pendant un temps mort (où il attendait des résultats d'examens et où aucun nouveau patient ne se présentait). Il me donne des précisions pour M. Driss.

J'ai demandé une radio et une prise de sang. L'infirmière n'a pas eu le temps de faire la prise de sang tout de suite car elle faisait autre chose. Le gars est parti en radio. Il y est resté deux heures car il y avait la queue. Il revient, on fait une prise de sang, mais il faudra attendre encore deux heures pour avoir les résultats. On attend donc quatre heures avant de faire quelque chose, alors que quand tu appuies sur le ventre, c'est dur, et donc il faut réagir vite.

La radio de M. Driss n'étant toujours pas disponible, nous nous rendons dans le service d'imagerie, au même étage à côté des urgences. La radio de M. Driss est posée sur une table, faite mais non encore interprétée par le radiologue. Jérôme la regarde et la remet en place. « Je n'ai pas vu ce que je ne voulais pas voir. » Il a éliminé un risque grave des diagnostics possibles, ce qui le rassure un peu. « On aura l'interprétation par les mecs de la radio plus tard. »

15 h 53.

Jérôme est retourné voir M. Driss, a donné des instructions pour lui à une aide-soignante. Il a passé environ trois quarts d'heure à téléphoner à différents médecins exerçant dans des établissements proches de Migny, qui suivent depuis longtemps un

¹⁴ J'ai recopié textuellement les notations médicales du dossier de M. Driss.

autre patient qu'il a pris en charge, pour tenter de le faire hospitaliser chez eux. Il est allé en salle d'attente expliquer à la famille d'un patient la situation de leur mari et père qui a disparu depuis deux heures derrière les portes coulissantes où ils ne sont pas admis.

Quand il y a beaucoup de monde dehors, vers 16 heures, il ne faut surtout pas aller en salle d'attente, car alors les familles te sautent dessus, « Docteur ! Docteur ! », pour avoir des nouvelles.

Il tente à présent d'approcher Élias, un autre *senior* du service, en grande discussion avec une chirurgienne « descendue des étages » pour effectuer une « consultation spécialisée » auprès d'un de ses patients. Le verbe « descendre » employé ici a un double sens. Il est tout d'abord spatial, puisque les urgences sont généralement situées au rez-de-chaussée ou au sous-sol pour faciliter l'accès des ambulances. Il est ensuite symbolique, puisque les urgentistes ont en général le plus grand mal à obtenir que leurs collègues spécialisés, situés à un rang supérieur dans la hiérarchie médicale, abandonnent provisoirement leurs propres malades et leurs recherches pour venir donner un avis sur les leurs. À la fin de sa discussion avec la chirurgienne, Élias jette à Jérôme par-dessus son épaule de prendre de nouveaux dossiers, puis il disparaît. Jérôme positionne alors le brancard de M. Driss juste devant le box où se trouve le patient d'Élias et où la chirurgienne est entrée. Il est pris deux minutes par d'autres tâches puis, quand il revient, le brancard a disparu, ce qui l'inquiète beaucoup. En fait, il a juste été poussé dans une salle d'attente couchée voisine car il gênait le passage, et Jérôme y retrouve M. Driss sans peine. Il ramène le brancard devant le box. Quand la chirurgienne sort, il lui explique le cas de M. Driss avant même qu'elle ait donné le résultat de sa consultation à Élias. Nous rentrons M. Driss dans le box qui s'est libéré et elle l'ausculte avec le fils comme interprète.

Assez autoritaire, elle explique que la traduction est trop lente et que le père doit signaler lui-même immédiatement quand elle lui fait mal, ce qu'il ne manque pas de faire très rapidement. Elle fait en plus un toucher rectal, constate la présence de glaires et recommande une échographie. Le brancard de M. Driss est ressorti du box par nos soins et replacé à un endroit où il ne gêne pas. Jérôme récupère les résultats des examens biologiques et les consigne dans Urqual avec la recommandation de la chirurgienne : « faire echo abdo ».

16 h 00.

Jérôme se rend à nouveau en imagerie pour négocier l'échographie. Il va en salle d'interprétation, où trois internes en blouses blanches commentent sur des dictaphones des clichés étalés face à eux sur les négatoscopes. Dans un coin, deux médecins plus âgés discutent entre eux. La négociation pour M. Driss se déroule avec un interne et dure cinq minutes environ. L'interne de radio conteste qu'il s'agisse d'une urgence, mais Jérôme finit par l'emporter avec l'argument du risque légal pour le radiologue si celui-ci refuse.

18 h 00.

L'échographie manque toujours au dossier. De retour en imagerie, Jérôme se voit expliquer par l'interne que l'examen est fait mais que les images ne sont pas encore disponibles. Cependant, il n'y a « rien d'urgent apparemment. Mais pour savoir il faudrait une endo [endoscopie] [...]. Mais comme toi je le sens pas. C'est pas le genre de mec qui vient pour rien ». En fait, ils ont pris du temps pour réaliser un examen plus fouillé que celui demandé par Jérôme. Celui-ci médite d'envoyer M. Driss à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)¹⁵ pour la nuit car « l'endoscopie, on l'aura pas ce soir ».

18 h 18.

Depuis un moment, Jérôme ne prend plus de nouveau patient. En effet, il doit bientôt partir et le service a instauré la règle que les internes doivent prendre en charge jusqu'au bout les patients qu'ils ont commencé à traiter. Par ailleurs, il a appris que la chirurgienne revenait examiner M. Driss avec un collègue plus expérimenté qu'elle. Il consigne dans Urqual :

echo : vesicule taille normale, paroi fine, foie homogene, TP permeable, VSH permeable, rein de taille normale sans dilatation. Pas d'épanchement. Doute sur epaississement modéré des parois digestives motivant la realisation d'un TDM [l'examen supplémentaire fait à l'initiative du radiologue]. TDM réalisé sans injection, car insuf renale : pas d'épaississement francs des parois, pas de pneumoperitoine. a confronter a examen endoscopique selon le radiologue, d'autant plus que selles aqueuses glaireuses. Attente de l'avis chir.

18 h 20.

L'avis des chirurgiens tombe, au vu des examens effectués et de leur nouvelle aus-

¹⁵ Annexe des urgences où les patients peuvent passer 24 heures en attendant qu'une décision soit

cultation. Jérôme le retranscrit dans Urqual : « Probable colite infectieuse ou inflammatoire. » Le problème viendrait donc bien du tube digestif (la colite est une inflammation du côlon, qui en fait partie, et peut notamment avoir une origine bactérienne ou parasitaire), même s'il ne s'agit pas d'une appendicite. Puis Jérôme s'en va : le cas de son patient est à peu près éclairci, son horaire théorique de fin de journée est dépassé et il a un rendez-vous important en ville.

19 h 35.

Les chirurgiens admettent M. Driss dans leur service. Samira clôture son dossier dans Urqual :

Tres probable colite infectieuse, vu par le chirurgien ce soir pas d'indication ce soir a la chir, patient hospitalise bilan demain avec copro parasito.

L'histoire de M. Driss s'arrête ici pour le service. L'ayant transféré aux chirurgiens, les urgentistes ne s'en inquiètent plus. Résumons : M. Driss est ouvrier, d'origine comorienne, et âgé de soixante ans. Son passage est ralenti par de nombreux facteurs : difficultés de communication linguistique ; état de santé général (diabète, neuropathie), qui n'est pas sans lien avec son âge et avec sa trajectoire sociale (les patients situés au bas de l'échelle sociale se soignent moins et arrivent à l'hôpital avec des pathologies plus avancées que les autres) ; difficulté à établir le diagnostic (qui se fait de manière itérative, nécessite près d'une dizaine d'exams et mobilise quatre médecins dont deux spécialistes) ; contraintes de fonctionnement générales de l'établissement (horaires des services d'exams, activité d'enseignement et de recherche, mise en concurrence avec d'autres patients pour l'obtention des ressources rares que constituent les soignants). M. Driss est finalement admis dans un service de spécialité. Il n'apparaîtrait cependant dans les bases de l'AAES que comme un patient de soixante ans dont le séjour de dix heures environ serait associé à cette admission, ainsi qu'à la simple présence d'exams de biologie, d'imagerie et d'un avis spécialisé.

On le voit, le processus de création des indicateurs utilisés par l'AAES entraîne une double stylisation des patients. Tout d'abord, les informations rentrées dans le logiciel forment une épure médicalisée, qui fait abstraction par exemple de leur situation sociale : si les soignants n'ignorent généralement pas celle-ci, ils n'en consignent qu'une

faible part dans ces systèmes d'information, parfois au nom même des principes d'égalité devant les soins et de secret professionnel. Ensuite, les données que l'AAES en extrait sont à vocation managériale et non médicale, de sorte qu'elle néglige certaines informations, comme les pathologies principales et associées (le *case-mix* dans le langage du PMSI), ou le détail des examens réalisés.

Trois stratégies pour sélectionner les causes du mal

Parce qu'il donne une certaine représentation du processus de soin, l'indicateur constitué par le temps de passage des patients permet à l'AAES, dans un second temps, de mettre en scène une explication particulière de ses variations. Par rapport aux facteurs explicatifs potentiels de temps de passage élevés, elle déploie trois stratégies : l'ignorance ou la neutralisation, le rejet, la promotion.

La première de ces stratégies est illustrée par le traitement fait de l'« amont » des services d'urgence, c'est-à-dire des institutions susceptibles, dans une logique de recours gradué au système de soin, d'accueillir les patients avant eux. Les patients ont en effet en principe le choix, pour des pathologies sans gravité, entre les urgences hospitalières et des structures d'accueil plus légères, comme la médecine de ville. Historiquement, les institutions susceptibles de prendre en charge ce type de patients se sont toujours rejeté les unes sur les autres la charge qu'ils représentent¹⁶. Aujourd'hui encore, on constate une relation statistique inverse entre la densité des soignants qui exercent en libéral et le recours aux urgences pour des motifs bénins¹⁷. L'AAES considère pourtant cette cause comme « hors champ » dans son travail, comme le montre son traitement de la question de la « permanence des soins ». Celle-ci oppose les urgentistes aux médecins de ville, chaque catégorie tentant de reporter sur l'autre la charge de travail que constitue cette permanence la nuit et les jours fériés. Quand cette question est abordée dans les réunions de travail, Gaël change systématiquement de sujet.

D'autres facteurs explicatifs potentiels connaissent le même sort que l'amont, comme l'aval, c'est-à-dire les capacités d'accueil du reste de l'établissement (comme si l'embouteillage à cet endroit ne pouvait pas remonter vers les urgences), ou encore

¹⁶ Cf. Jean PENEFF, *Les Malades des urgences*, op. cit., p. 15-42.

¹⁷ Cf. Nicolas BELORGEY, *Réformer l'hôpital, soigner les patients*, op. cit., p. 182.

l'encombrement du service. On se rappelle pourtant, à ce sujet, que l'infirmière n'avait pu faire tout de suite sa prise de sang à M. Driss parce qu'elle était occupée avec un autre patient, retardant d'autant son départ en radio, ou encore que l'ensemble des médecins du service étaient peu disponibles pour le voir parce qu'ils étaient déjà occupés avec les leurs. Si cette causalité de l'encombrement sur le temps d'attente est bien avérée, elle n'en est pas moins ignorée par l'AAES... qui insiste au contraire sur la causalité du temps d'attente sur l'encombrement. Autre facteur à connaître le même sort : l'origine sociale des patients, sur laquelle, explique Pascal, « on n'a pas de données ».

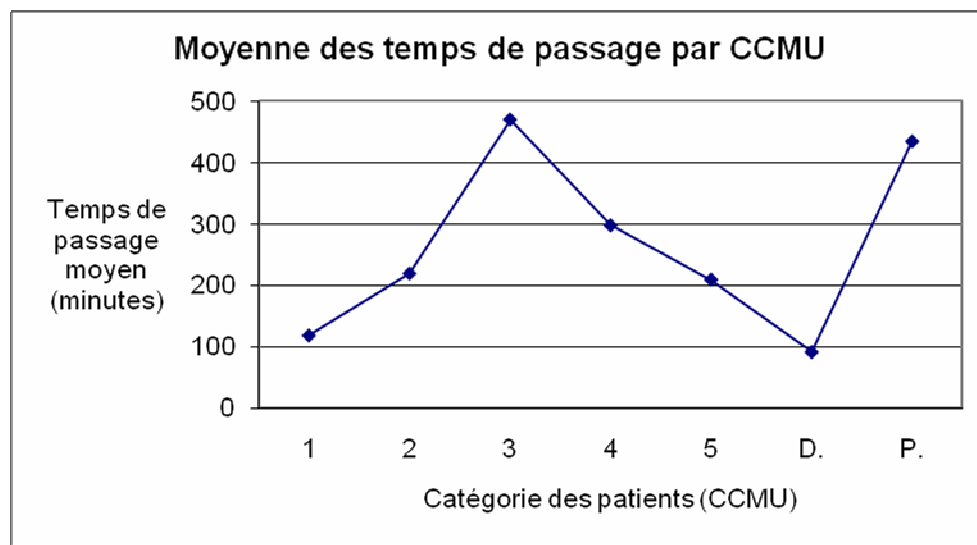
Après l'ignorance ou la neutralisation, la deuxième stratégie déployée par l'AAES à l'égard des facteurs explicatifs potentiels du temps d'attente est le rejet, comme le montre son traitement des pathologies et de leur gravité relative. Le « ventre qui fait chirurgical » de M. Driss nous a montré que l'incertitude sur la nature d'une pathologie pouvait prolonger considérablement un séjour dans un service. De manière analogue, certains symptômes vus à l'arrivée du patient ou certaines pathologies finalement identifiées sont systématiquement associés à des délais plus longs. Par exemple, les patients qui présentent des troubles psychologiques aigus ou des symptômes alarmants mais peu clairs (confusion, vomissement de sang,...) restent plus longtemps que les autres.

La relation entre gravité des pathologies et temps de passage peut être généralisée en recourant à la CCMU (*cf.* encadré 5 *supra*). Autant les consultations sans motif grave (CCMU 1), ou à l'inverse celles graves et claires comme les hémorragies suite à des blessures (CCMU 4 et 5), passent assez vite, autant les patients présentant des symptômes inquiétants mais peu clairs (CCMU 3) ou d'ordre psychiatrique (CCMU P) requièrent une prise en charge beaucoup plus longue. Aussi le temps d'attente selon les catégories chiffrées de la CCMU suit-il une courbe « en cloche ». Cet impact des maladies sur le temps de passage est connu de l'AAES, au moins dans ses grandes lignes. Ainsi, on voit sur un document produit par Frédéric que celui-ci est parfaitement au courant de la liaison statistique entre catégorie CCMU du patient et durée de son passage (*cf.* figure 1)¹⁸. Cependant, Gaël affirme bien en réunion que « les CCMU

¹⁸ Si, d'un établissement à l'autre, la façon de coder les CCMU peut varier, et avec elle la position de chaque point sur la courbe, en revanche la forme en cloche de celle-ci (mis à part pour les patients

n'expliquent pas les variations de temps de passage », affirmation qui n'est cependant prudemment pas reprise dans le rapport final, lequel demeure simplement silencieux sur cette question. Ainsi, l'AAES et ses consultants sont au courant de l'influence des pathologies traitées et de leur gravité sur le temps de passage, mais ils écartent volontairement ces facteurs explicatifs de leurs formalisations.

Figure 1. Les variations du temps de passage selon la CCMU



Source : AAES (reconstitution d'une diapositive projetée par un consultant lors d'un CTN)

Après les différences de pathologies, l'autre grande cause possible de variation du temps de passage à être rejetée par l'AAES réside dans les différences de ressources (en locaux, en personnel). Bien que la première vague du chantier conclut, conformément aux indications des urgentistes et aux observations des consultants, qu'un surcroît de personnel permet de traiter plus vite les patients, la seconde revient sur cette proposition. Son rapport intermédiaire affirme la corrélation opposée et son rapport final, prudemment, reste neutre, statuant simplement qu'il n'y aurait aucun lien entre ressources du service et temps de passage. Ce facteur explicatif est donc également rejeté.

Inversement, l'AAES insiste sur les causes organisationnelles des variations du temps de passage. S'inspirant d'urgentistes canadiens¹⁹, ses agents effectuent pour

psychiatriques) se retrouve dans tous les services observés.

¹⁹ Philip YOON *et al.*, « Analysis of the factors influencing length of stay in emergency

chaque établissement (« H1 », « H2 », etc.) une analyse statistique du temps d'attente, avec comme variables explicatives : la présence d'examens d'imagerie (radio, IRM...), de biologie, l'inclusion finale du patient dans un autre service (« hospitalisation »), la présence d'avis de spécialistes, le fait que le patient concerné ait ou non plus de soixante-quinze ans. La représentation finale, d'une part montre ce qui, dans chaque établissement, serait responsable de l'allongement du temps, et d'autre part permet de comparer ces établissements entre eux, notamment leurs « temps de base », que les agents de l'AAES interprètent parfois comme un niveau d'efficacité pour un patient simple.

Si, comme le rappelle le cas de M. Driss, cette analyse n'est pas sans fondement empirique, elle a avant tout une visée pragmatique : il s'agit de déterminer quel événement rallongerait le plus l'attente, et donc sur lequel il faudrait agir en priorité. Par exemple, dans l'établissement référencé comme H6, c'est la présence d'examens de biologie qui rallongerait le plus le temps de passage, et donc les urgentistes devraient surtout améliorer leurs relations avec leur service d'examens biologiques. La visée pragmatique autorise cependant certaines libertés par rapport à une analyse statistique rigoureuse, d'autant plus que le niveau des participants en la matière, du côté de l'AAES comme de celui des hospitaliers, ne les rend pas trop exigeants. Par exemple, certains calculs donnent des résultats aberrants, comme à H4. De même, seule une petite partie des écarts de temps (un quart environ) est ainsi statistiquement expliquée. Un échange lors de la présentation des résultats aux hospitaliers résume la situation :

– Gaël : Il y a une façon d'interpréter le R^2 [pouvoir explicatif de la modélisation] faible, c'est de dire que l'organisation n'impacte pas le temps de passage. À mon avis, on ne peut pas dire ça.

– Consultant : On a des R^2 assez faibles, et le sens de l'hospitalisation à H4 est assez anti-intuitif, il faut donc affiner l'analyse. On ne peut pas se fier aveuglément aux chiffres, un modèle doit être bien travaillé avant de pouvoir être interprété.

– Gaël : Bon, on va affiner les modélisations, si parmi vous il y a des gens costauds en statistiques qui pourraient nous aider à affiner les modèles... [rires dans l'assistance].

Après les problèmes que rencontrent les urgences dans leurs relations avec le reste de l'établissement, l'AAES s'attaque aux dysfonctionnements organisationnels à l'intérieur même de ces services. Par exemple, l'écart de temps moyen entre H1 (qui

correspond à Maubourg) et H8 – 3 h 10 contre 5 h 55 – serait dû essentiellement à la présence dans ce premier service de quelques innovations organisationnelles. De même, l'important « temps de base » (*cf. supra*) de H6 proviendrait du manque de flexibilité des paramédicaux, qui n'adaptent pas leurs horaires aux variations d'activité.

Ajustant l'analyse du temps de passage des patients aux facteurs sur lesquels elle souhaite agir, l'agence ministérielle donne ainsi une image déformée de ce qui se passe dans les services d'urgence. S'appuyant sur le mouvement d'indignation, relayé par la presse, causé par l'encombrement de services d'urgence, retraduisant celui-ci sous la forme de temps d'attente excessifs qu'elle souhaite réduire en agissant sur quelques éléments purement organisationnels, l'AAES en vient à donner des différences de temps, et donc de l'encombrement des services, une explication réduite à ces éléments. En rassemblant dans l'intitulé de son chantier les notions de temps d'attente et de passage, elle suggère l'existence d'une attente pour les patients qui ne serait pas due à un temps de passage incompressible (réalisation d'exams, attente derrière les autres patients, etc.). Cette approche rend au passage implicitement responsables de cet état de fait les soignants plutôt que les pouvoirs publics. Elle ignore ou rejette des facteurs fondamentaux du problème, comme les ressources disponibles dans le service, l'offre de soins en amont et en aval des services, les différences de pathologies entre patients, ou encore la dimension sociale de l'accueil aux urgences.

La fonction latente d'un indicateur consensuel

Mais cela n'empêche pas ces *benchmarks* d'avoir des conséquences sur le fonctionnement des services. Elles découlent de deux éléments : l'utilisation de l'informatique ; le travail spécifique de l'AAES.

La simple circulation des informations permise par l'outil informatique a par elle-même certaines conséquences. C'est ce que confesse cet informaticien, concepteur de logiciels pour les services d'urgence, au rebours du discours traditionnel des gestionnaires sur l'aide qu'apporteraient les « systèmes d'information » à leurs utilisateurs, et sur leur neutralité quant à leur façon de travailler.

Vous savez bien, tous ceux qui vous racontent que l'informatique fait gagner du temps vous racontent des blagues, chacun sait que ça fait perdre du temps. L'informatique force à réorganiser. C'est structurant [...]. C'est comme si on mettait des caméras partout [...].

Par exemple, y'a une étude qui a été faite par un très grand Monsieur [un chef de service] [...]. Il installe chez lui [notre logiciel], deux mois après il sort une étude : il avait gagné 50 % du temps d'attente en pédiatrie [...]. Le point était le suivant. Les enfants, avec les parents [...], le médecin s'enferme avec eux dans un box. Il ne voit donc plus ce qui se passe au-dehors. Où c'est la guerre [du fait de l'afflux de patients]. Donc il continue à faire son bon travail de médecin. Maintenant, mettez-lui une fenêtre, des petits voyants qui disent « Oh la la, c'est le feu. » Eh ben, il va changer son niveau de boulot, son niveau de travail. Il va voir qu'il y a la guerre derrière la porte, il va voir qu'effectivement l'enfant a pas grand-chose, il va expliquer à ses parents un peu plus vite, et maintenant on passe à la suite. Et voilà : il a divisé son temps d'attente par deux.

Ainsi, en donnant à voir la pression de ceux qui attendent au milieu même du « colloque singulier » entre le médecin et son patient (ici un mineur accompagné de ses parents), l'informatique incite déjà les soignants hospitaliers à accélérer leur rythme de travail. À ces effets quasiment automatiques de l'informatisation, antérieurs même à tout calcul de temps de passage, s'ajoutent ceux dus aux changements organisationnels mis en place pour réduire ce temps, une fois celui-ci considéré comme une grandeur à minimiser. L'AAES et ses consultants tentent ainsi de faire adopter par les établissements le principe d'un médecin d'accueil et d'orientation (MAO). Nommé d'après l'IAO, bien connue et acceptée dans les services d'urgence, il joue cependant un rôle très différent de celle-ci. Il peut, entre autres tâches, renvoyer chez lui, sans examen plus poussé, le patient dont il estime qu'il n'a pas réellement besoin d'une consultation en urgence, dont le cas relève plutôt de la médecine de ville (CCMU 1). À nouveau, c'est le détour par l'outil informatique qui éclaire le mieux le rôle de ce MAO. Écoutez à nouveau notre informaticien.

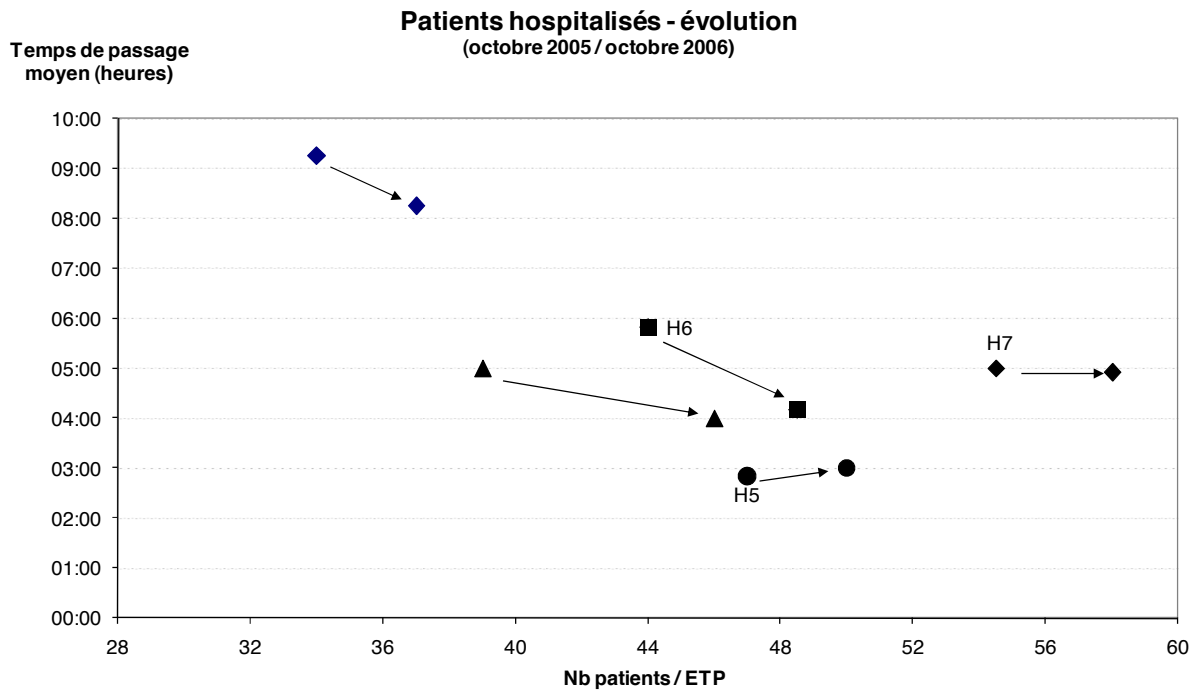
C'est comme les routes [...]. Parfois tout roule et parfois tout se bloque. C'est pour ça qu'il y a des feux à l'entrée de l'autoroute du Nord [près de Lille] : on sait que tant qu'on ne dépasse pas les 3 200 véhicules par voie et par heure, ça ne se bloque pas, mais qu'il ne faut pas aller au-delà. Donc avec ces feux, l'automobiliste attend quelques minutes à l'entrée, mais ça évite de bloquer l'autoroute et au final il gagne du temps. Un nouveau concept est arrivé un jour, en médecine, de la même façon, en 2002-2003, c'est le MAO [...]. [Quand il y a trop de patients], on dédicace [*sic*] un médecin qui va faire le... qui va virer les gens. Après leur avoir donné ce qu'il fallait. Ça veut dire qu'on fait vite le tri entre ce qui est grave et ce qui n'est pas grave. Et ce qui n'est pas grave, on ne le laisse pas de côté, mais on le traite le plus vite possible, de manière à faire partir le patient. [Un urgentiste] me disait : « 150 patients hier, on est sortis sur les genoux, aujourd'hui 149 tout va bien. » C'est le même principe que sur les routes : quand on reste sous le seuil de saturation tout va bien, mais dès qu'on le passe c'est la catastrophe. Donc voilà, aux urgences, il faut faire un peu la même chose que sur les routes.

Ainsi, la mise en place du MAO joue dans les urgences un rôle analogue à celui des feux à l'entrée d'une autoroute : empêcher l'accès de nouveaux utilisateurs pour éviter

la saturation. Une variante du MAO est le « coordinateur de flux » dont parlait Damien. Il peut orienter les patients vers un *fast track* ou « circuit court », spécialement dédié à ceux qui ne doivent pas prendre beaucoup de temps, parce que leurs cas ne sont pas graves, et qui sont traités en priorité afin de désencombrer le service. Ces pratiques sont toutefois contraires à celle, traditionnelle, qui consiste à donner la priorité aux patients les plus urgents d'un point de vue sanitaire et à faire attendre les autres, le temps que des ressources se libèrent. Certes, l'AAES insiste aussi sur d'autres aspects du rôle de MAO, comme les relations avec le reste de l'établissement et le « management » des autres urgentistes, mais elle assume clairement les principes de la réorientation à l'entrée de patients légers et/ou de leur traitement prioritaire.

L'exercice de *benchmarking* opéré autour du temps d'attente et de passage des patients et les changements organisationnels qui y sont liés – informatisation pour calculer l'indicateur « en routine », introduction du MAO, autres réorganisations – a à son tour des effets non négligeables sur la productivité apparente des services. Lors du dernier CTN, après deux ans environ de *benchmarking*, pendant lesquels tout le monde est censé s'être efforcé de réduire le temps de passage dans son service, pour le plus grand bien des patients, un consultant projette une diapositive résumant le travail accompli dans les établissements dont il a la charge. En ordonnées se trouve bien ce temps, mais il est complété en abscisses par le nombre de patients traités par emploi en équivalent-temps plein (ETP). Chaque établissement est représenté dans cet espace à deux dimensions par un symbole (triangle, etc.) positionné une fois en début de chantier et une autre fois à la fin, les deux étant reliés par une flèche (*cf.* figure 2).

Figure 2. La fonction latente de l'objectif de réduction du temps de passage : accroître la productivité des soignants



Source : AAES (reconstitution d'une diapositive projetée par un consultant lors d'un CTN).

L'orientation globale des flèches vers le bas, mais surtout vers la droite montre que, dans l'ensemble des sites gérés par ce consultant, s'il y a bien eu réduction du temps moyen, il y a eu avant tout amélioration de la productivité, exprimée en nombre de patients par ETP. Le temps a même au contraire augmenté pour H5 et il est resté à peu près stable pour H7, qui apparaît à droite. Mais celui-ci bat tous les autres en termes de productivité, et celle-ci a d'ailleurs augmenté au cours de l'exercice. Aussi les consultants le félicitent-ils chaudement. Or cette augmentation de la productivité n'est mentionnée nulle part dans les documents officiels de l'AAES présentant les objectifs du chantier *a priori*. Il y a d'ailleurs une bonne raison à cela : présenté ainsi, l'exercice n'aurait pas suscité la mobilisation tant souhaitée des soignants, mais leur indifférence ou leur résistance. Encore lors de cette séance de présentation des résultats, les consultants avancent précautionneusement pour dévoiler leur objectif – l'un d'eux commente l'évolution mise en lumière en ces termes : « Ce qu'on *pourrait* appeler amélioration de la productivité. » Le temps de passage présente donc toutes les caractéristiques d'un indicateur remplissant ce que le sociologue américain Robert Merton nomme une

fonction latente : exprimée telle quelle, la fonction réelle de l'indicateur (accroître la productivité) susciterait des résistances parmi les exécutants ; l'effet recherché est produit involontairement par ceux-ci, à la poursuite d'un autre (réduire le temps d'attente, ce qui ressemble à un accroissement de la qualité). Semblant ne signifier que la recherche d'une meilleure qualité de service, l'indicateur du temps d'attente permet ainsi à l'AAES de mobiliser davantage les soignants que si elle leur révélait d'emblée son objectif d'accroître leur productivité.

Le parallèle effectué par l'informaticien entre autoroutes et services d'urgence, ainsi que la fonction latente d'accroissement de la productivité des soignants remplie par le suivi du temps de passage permettent de se prononcer plus précisément sur la nature de la politique publique de réduction de ce temps. Routes ou autoroutes d'un côté, services d'urgence de l'autre, possèdent en effet certaines caractéristiques économiques communes. Ce sont des biens intermédiaires entre ce que la théorie économique nomme des biens privés purs et des biens publics purs, autrement dit des biens publics impurs. Or il existe deux façons de remédier à la saturation de tels biens : augmenter leur capacité (construire de nouveaux moyens de transport, agrandir les services d'urgence et mieux les doter en personnels) ; optimiser l'usage des biens existants, c'est-à-dire accroître leur productivité, en faisant la chasse aux gaspillages, aux inefficiences. C'est cette seconde voie qu'emprunte l'AAES. Ainsi, l'usage managérial du temps de passage aux urgences ne vise pas tant à répondre au problème bien connu de la saturation de l'accès aux soins d'urgence, de l'« engorgement » de ces services, qu'à orienter la réponse à ce problème dans un sens bien précis, celui d'une optimisation et d'une limitation de l'usage des moyens existants plutôt que dans celui de l'augmentation de ces moyens.

Les résistances de la réalité hospitalière

Mais, si elle œuvre ainsi dans le sens d'une « maîtrise » des dépenses de santé, l'action de l'AAES se heurte à certaines résistances de la réalité hospitalière. En ce qui concerne les services d'urgence, on peut pour le moment recenser trois types d'effets à son action. Le premier est celui mis en avant dans ses rapports officiels : la réduction du temps de passage. Sur le fond, il signifie une hausse de la productivité apparente

des soignants, et donc des économies budgétaires. Pas plus que cette hausse, le deuxième effet n'est explicité dans les rapports officiels, même s'il est bénéfique pour ces services. Il s'agit de la réévaluation de leur position par rapport à leurs rivaux traditionnels dans la division du travail hospitalier : les autres services de soin. C'est ce que signifie par exemple la « réduction des délais liés à l'hospitalisation » : il s'agit de négocier avec les autres services qu'ils admettent plus rapidement les patients des urgences, mais ceci se fait au détriment de leur propre programme de travail. Le troisième effet consiste tout simplement en une augmentation des moyens alloués aux services, sous la forme par exemple de leur informatisation ou de la mise en place de systèmes automatiques de transport des prélèvements sanguins aux laboratoires. Enfin, il faudra ajouter un quatrième effet, celui sur la qualité des soins délivrés aux patients (*cf.* chapitre 8). Mais en attendant, on peut déjà constater deux choses. Tout d'abord, c'est probablement grâce à l'ambiguïté de son intervention – volonté de convertir des problèmes de moyens en problèmes organisationnels, mais tout de même ressources supplémentaires données 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 établissements, auxquels elle fait miroiter le second. Ensuite, ses rapports sont loin de rendre compte de tous les effets de son intervention ; les effets affichés sont dans les faits minorés par les coûts invisibles supportés par les autres services et par les moyens supplémentaires tout de même accordés.

En dehors des services d'urgence, les résistances de la réalité hospitalière se voient de manière exemplaire dans la difficulté que rencontrent l'AAES et ses consultants à implanter un autre outil, la comptabilité analytique hospitalière, dans un établissement, Hôpital Nord. Initialement, celui-ci apparaît pourtant comme le plus avancé du chantier. Dès 2001, son conseil d'administration adopte le principe d'une gestion par « pôles », c'est-à-dire regroupements fonctionnels de services, une réforme promue ensuite par le plan Hôpital 2007. Lors du deuxième CTN du chantier, en juin 2005, Patrick, l'ancien conseiller ministériel devenu consultant (*cf.* chapitre 1), en parle ainsi :

À Hôpital Nord, la nouvelle gouvernance est en place... Il y a eu une impulsion politique extrêmement forte... une démarche très volontariste... Les pôles sont devenus la force motrice du CHU...

Pourtant, une chronologie succincte des événements conduit à se demander si ce vo-

lontarisme n'est pas essentiellement déclaratif. Un déplacement sur place nous permet, à Patrick, à son équipe et à moi-même, de nous rendre compte que l'équipe de direction est très divisée sur la question, le Directeur des affaires financières (DAF), ancien inspecteur des impôts et bien implanté localement, étant très hostile à l'action de l'AAES. Au fil des CTN, les consultants ne cessent de réaffirmer que l'opposition du DAF, qu'ils ont d'abord minimisée, est « surmontée », ou que les chiffres attendus « sont sur le point de sortir », mais le rapport final du chantier, en juin 2007, avance très peu de résultats concrets. Peu après la publication de ce rapport, alors que je déjeune avec Sylvain, qui a supervisé les travaux des consultants pour le compte de l'AAES, nous nous demandons encore mutuellement :

Mais alors, à Hôpital Nord, que s'est-il passé en fin de compte ?