

POURQUOI ATTEND-ON AUX URGENCES ?

Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière

[Nicolas Belorgey](#)

DARES | « Travail et emploi »

2013/1 n° 133 | pages 25 à 38

ISSN 0224-4365

DOI 10.4000/travailemploi.5893

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2013-1-page-25.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour DARES.

© DARES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Nicolas Belorgey

Pourquoi attend-on aux urgences ?

Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Nicolas Belorgey, « Pourquoi attend-on aux urgences ? », *Travail et Emploi* [En ligne], 133 | janvier-mars 2013, mis en ligne le 01 janvier 2015, consulté le 27 juin 2013. URL : <http://travailemploi.revues.org/5893>

Éditeur : La documentation française

<http://travailemploi.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur : <http://travailemploi.revues.org/5893>

Ce document est le fac-similé de l'édition papier.

Cet article a été téléchargé sur le portail Cairn (<http://www.cairn.info>).



Distribution électronique Cairn pour La documentation française et pour Revues.org (Centre pour l'édition électronique ouverte)

© La documentation française

Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du *New Public Management* aux prises avec la réalité hospitalière

Nicolas Belorgey(*)

Dans le cadre de l'introduction dans le secteur public de méthodes inspirées du secteur privé (« New Public Management »), une agence tente d'imposer à certains services d'urgence l'indicateur du « temps d'attente et de passage des patients » comme reflétant leur plus ou moins bonne organisation. Cet article examine tout d'abord les raisons du recours à cet indicateur, que sa polysémie rend acceptable par une palette d'acteurs variés. Il montre ensuite des cas d'appropriation et de rejet de cet indicateur par les professionnels de santé, ainsi que les raisons de ces positionnements. Il montre enfin que cet indicateur reflète des questions certes organisationnelles, mais aussi médicales et sociales qui sont largement ignorées par ses auteurs.

Les liens entre l'action publique et la quantification sont explorés depuis longtemps (FOUCAULT, 1978 ; DESROSIÈRES, 1993 ; PORTER, 1995). Ils font l'objet d'un regain d'attention ces dernières années (IHL, *et al.*, 2003 ; LASCOUMES, LE GALÈS, 2004 ; COQUERY *et al.*, 2006 ; DESROSIÈRES, 2008) qui n'est pas étranger à la montée en puissance de ce qui est parfois perçu comme un nouveau « paradigme » en la matière, le « *New Public Management* » (NPM) (POLLITT, 1993 ; HOOD, 1995 ; POLLITT, BOUCKAERT 2000 ; BEZES, 2009). Les acteurs publics ont aujourd'hui de plus en plus recours à des indicateurs statistiques pour évaluer leurs actions, ainsi qu'à la méthode du « *benchmarking* », qui consiste à les faire se comparer sur la base de ces indicateurs (BRUNO, 2008 ; BRUNO, DIDIER, 2013). En France, ce phénomène culmine avec la réforme des finances publiques, amorcée par la Loi organique sur les lois de finances (LOLF, 2001) et poursuivie par la Révision générale des politiques publiques (RGPP, 2007). Cet usage d'indicateurs comme outils de gestion s'est décliné dans un nombre croissant de secteurs d'action publique : santé, travail social, éducation, recherche, justice, police, défense, immigration, audio-visuel, *etc.* Mais, si les indicateurs du NPM se sont beaucoup développés, ils sont encore peu connus. Quels rapports entretiennent-ils à la réalité qu'ils sont censés représenter ?

Ce texte examine l'un de ces indicateurs, celui du « temps d'attente et de passage dans les services d'urgence » des établissements de santé, désigné par l'acronyme TU. Il s'agit du temps qui s'écoule entre

le moment où un patient se présente à l'accueil d'un service d'urgence et celui où il quitte ce service. Ce temps est mesurable, grâce notamment aux systèmes informatiques. Il ne doit pas être confondu avec le temps qui s'écoule entre le moment où le patient se présente à l'accueil et celui où il est pris en charge médicalement. Il s'agit bien du temps *d'attente et de passage*, même si, comme on va le voir, les auteurs de la notion semblent s'appuyer sur sa polysémie pour mieux la faire valoir.

Le TU est de plus en plus utilisé dans le cadre de démarches « réformatrices » des services d'urgence⁽¹⁾. Les réformateurs le présentent comme un temps d'attente pour les patients, lié en grande partie à des dysfonctionnements organisationnels, à des « temps morts » qu'il s'agit de réduire par une meilleure organisation. Slogan séduisant, la réduction du TU doit cependant, pour s'incarner dans la réalité hospitalière, se prononcer davantage sur son contenu. De quoi se compose le temps qui s'écoule entre le moment où un patient se présente aux urgences et celui où il quitte ce service ?

Cette question, suggérée par les réformateurs, est ici prise au sérieux et approfondie. Or, y répondre correctement suppose deux préalables. Le premier consiste à se pencher sur la construction sociale de la notion, sur ses dimensions qui la rendent propice à réformer les services. Le second requiert d'examiner la réception de cette notion par les soignants, médecins et paramédicaux, qui ne

(1) Le terme de « réforme » et ses dérivés, qui seront désormais écrits sans guillemets, sont ici utilisés au sens d'un ensemble de normes nouvelles qu'une coalition d'intérêts s'efforce de promouvoir au niveau collectif (BECKER, 1963 ; TOPALOV, 1999). Une telle entreprise est à l'œuvre aujourd'hui dans le domaine de la santé (PIERRU, 2007).

(*) Laboratoire Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe (SAGE, UMR7363) ; nicolas.belorgey@misha.fr

modifient pas nécessairement leur pratique pour améliorer l'indicateur⁽²⁾. Les usages pratiques du TU renseignent sur le rapport de l'indicateur au processus de soin. En résumé, répondre à cette question exige de trouver, à l'égard de l'indicateur, une juste distance (BENSA, 1995). Un manque de recul conduirait à le prendre au pied de la lettre, sans se demander d'où il vient ni comment il a été construit. Réciproquement, une distance excessive aboutirait à refuser tout raisonnement en termes de TU, comme le font certains urgentistes. Or, on ne saurait discuter l'indicateur et la notion sous-jacente sans un minimum les prendre au sérieux, sans examiner ce qu'ils peuvent révéler. Les matériaux empiriques mobilisés ici permettent de se pencher sur ces différents aspects (voir encadré 1).

La première partie de cet article examine la construction et l'usage du TU par une agence réformatrice, l'Agence d'audit des établissements de santé (AAES), qui a pour mission, selon le texte qui l'institue, de «produire des recommandations de gestion hospitalière»⁽³⁾. La deuxième partie analyse ce qui fait que les soignants adhèrent ou non à cet indicateur et à la démarche qui le sous-tend. La troisième entreprend une décomposition plus poussée du TU, qui montre qu'il ne correspond qu'imparfaitement à la signification que lui attribue l'AAES. En conclusion, des pistes sont esquissées pour compléter cet indicateur.

(2) 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. Cet article se concentre sur le cas des médecins, dont il présente deux portraits, pour des raisons de taille impartie au texte et parce que cela permet de «neutraliser» temporairement la position sociale dans le raisonnement. En position dominante dans la division du travail hospitalier, les médecins sont ceux qui bénéficient de la plus grande liberté d'action et dont les pratiques peuvent donc le plus différer entre elles. Le questionnaire contient en revanche les réponses de tous les soignants des services concernés, quelle que soit leur profession. Pour un élargissement systématique du raisonnement aux autres catégories de soignants, tout autant concernés par le phénomène, cf. BELORGEY, 2010, chapitres 6 et 7. Par ailleurs, toujours à des fins de comparabilité et afin de neutraliser les effets possibles d'âge, d'ancienneté ou de génération, les deux médecins mentionnés ici sont tous deux des «seniors», de niveau analogue.

(3) Les institutions, lieux et personnes sont anonymisés.

Encadré 1

Matériaux et sources

Quatre types de matériaux empiriques, tirés d'une thèse (BELORGEY, 2009b), sont ici utilisés :

- Une observation participante étalée sur deux ans dans une agence ministérielle typique du NPM, l'Agence d'audit des établissements de santé (AAES)⁽¹⁾. Les matériaux qui en sont issus permettent de saisir les intentions des réformateurs.

- Une observation de plusieurs mois aux urgences de l'hôpital Larrey et des entretiens avec les soignants qui y travaillent. Les données qui en résultent permettent de se faire une idée du fonctionnement concret d'un service hospitalier.

- Les réponses à un questionnaire conçu par l'auteur de l'article et administré aux soignants de deux services d'urgence, Larrey et un autre (N = 105). Ces réponses permettent de tester les hypothèses fournies inductivement par l'observation précédemment citée.

- Des données statistiques sur les passages aux urgences, tirées de trois sources, et dont le recoupement permet d'esquisser une modélisation statistique du TU qui tienne compte des points précédents :

- Les données informatisées du Centre régional de veille et d'action sur les urgences (Cerveau), géré par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris; ces données fournissent des variables de nature médicale sur les différents passages aux urgences.

- Un établissement audité par l'AAES qui, à l'occasion de cet exercice, a extrait de son système informatique des données de nature organisationnelle sur les passages dans son service d'urgence.

- La base Statiss (STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social) de la Drees, qui renseigne sur le contexte économique et social des établissements.

(1) Cf. *supra* note 3.

Un indicateur statistique, outil pour l'action publique

Une notion de «bons sens»

Personne ne souhaite attendre longtemps dans un service d'urgence. L'attente, qui peut signifier aussi bien une douleur prolongée qu'un retard dans les soins, dommageable pour la santé, est une catégorie fondamentale de l'expérience de l'usager des urgences. Souvent acceptée avec fatalisme (PENEFF, 1998), elle peut aussi être ressentie comme anormale. C'est sous ce second jour qu'elle apparaît de plus en plus, à l'occasion d'événements plus ou moins médiatisés, comme la canicule de l'été 2003, ou des grèves de soignants dénonçant le manque de personnel et les fermetures de lits. Les reportages montrent alors l'accumulation dans les couloirs de

patients sur des brancards, signe manifeste de leur attente excessive, de l'encombrement des services et de leur « engorgement ». À ce stade, la responsabilité de cet état de fait peut être imputée aux soignants ou aux pouvoirs publics.

Autant que pour les patients, une attente excessive est pour les urgentistes un signe de dysfonctionnement. Par définition, ils sont bien placés pour savoir qu'elle peut avoir des conséquences néfastes pour la santé. Celles-ci peuvent concerner des personnes simplement fragiles : « *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.* »⁽⁴⁾ Des patients en état grave peuvent également en être les victimes : « *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.* »⁽⁵⁾ Ainsi, pour les urgentistes, soigner plus vite pourrait *a priori* signifier accroître la qualité des soins.

Dans ces conditions, la promotion de la réduction de TU excessifs au rang d'objectif de l'action publique semble relever du bon sens. Cet indicateur a en outre l'avantage de la simplicité. Il consiste en effet en une grandeur unidimensionnelle et mesurable sans ambiguïté par simple soustraction de l'heure d'entrée du patient dans le service à son heure de sortie. La moyenne des TU de tous les patients d'un service donné fournit un indicateur synthétique, d'utilisation facile, et dont on peut observer l'évolution au cours du temps. On est loin d'indicateurs évanescents comme ceux relatifs à la « santé perçue », toujours susceptibles de critiques au moment où l'action tente de s'appuyer sur eux (SEN, 1993). On est loin également des difficultés rencontrées par la rationalisation des choix budgétaires (RCB) en santé, cet ancêtre de la démarche de l'AAES, quand elle s'attaquait par exemple à une étude économique de la maladie mentale, où abondaient pour commencer les problèmes de définition d'objet, avant même d'aborder le stade des indicateurs (BENAMOUZIG, 2005, p. 105).

En utilisant le TU, l'AAES marche d'ailleurs dans les traces du *National Health Service* (NHS) britannique, dont la *Modernisation Agency*, créée trois ans avant elle (2000 contre 2003), censée « diffuser le message des bonnes pratiques organisationnelles » (KLEIN, 2006, p. 217), l'inspire largement. Le NHS a imposé à ses urgentistes la règle des « 80 % de patients vus en moins de quatre heures ». Cette mesure a incité les urgentistes à accélérer le passage de leurs patients, mais elle s'est aussi accompagnée

d'effets de contournement, comme la pratique consistant à faire sortir du service, d'un point de vue purement administratif, les patients qui y attendent depuis près de quatre heures.

Conscients de ces défauts, les agents de l'AAES, essentiellement des médecins de santé publique et des consultants en organisation, tentent de s'approprier cet outil managérial tout en l'adaptant au contexte français et en l'améliorant. Un bon aperçu du sens que le TU revêt à leurs yeux est donné lors de l'une de leurs opérations de communication en 2007. Ils y projettent à l'intention des hospitaliers une diapositive expliquant ce qu'est un « bon » objectif dans le cadre des projets de « conduite du changement » qu'ils entendent leur faire mener :

« L'objectif doit avoir “du sens” pour les professionnels impliqués :

- Fédérateur ;
- Moteur du changement ;
- Communicable et compréhensible. »

Pour l'AAES, l'un des intérêts majeurs du TU comme indicateur de politique publique résiderait donc, non tant dans son utilisation pour fixer des règles ou des objectifs quantifiés à atteindre, toujours susceptibles de s'assortir d'effets pervers, que dans sa capacité intrinsèque de mobilisation des soignants. Il s'agit de réduire le TU, sans imposer de niveau. Le simple fait d'introduire cet indicateur, c'est-à-dire bien souvent de le mesurer pour la première fois, devrait susciter parmi les soignants une prise de conscience salutaire. Ainsi, bien qu'elle diffère selon chaque type d'acteur – patients, urgentistes, réformateurs –, le TU revêt pour l'ensemble d'entre eux une signification claire et forte. Aussi est-ce une notion qui apparemment tient, sur laquelle une politique publique peut se bâtir.

« Dire qu'il y a une part d'organisation dans votre différence de performance »

Si réduire le TU est un objectif qui fait sens pour tous les protagonistes, l'AAES explique en outre comment les soignants pourraient opérer cette réduction. Elle souligne les causes organisationnelles des variations de TU, selon une démarche en deux temps. Tout d'abord, elle cherche à déterminer quels sont les principaux « goulots d'étranglement » du processus de soin, en rapportant le TU de chaque patient aux éléments de son passage susceptibles de l'influencer. Par exemple, un patient qui doit faire des prélèvements sanguins ou une radio mettra plus de temps à passer qu'un autre qui est seulement examiné par un médecin. De même, un patient qui doit être examiné par un spécialiste venant exprès d'un autre service, ou pire, qui est finalement admis dans un tel service (« hospitalisé »), aura un TU plus long qu'un autre, toutes choses égales par ailleurs. C'est pourquoi, s'inspirant d'urgentistes canadiens (YOON *et al.*, 2003), l'AAES effectue pour chaque établissement participant à cet exercice de

(4) Médecin urgentiste, Île-de-France, février 2005.

(5) Autre médecin urgentiste, Île-de-France, janvier 2005.

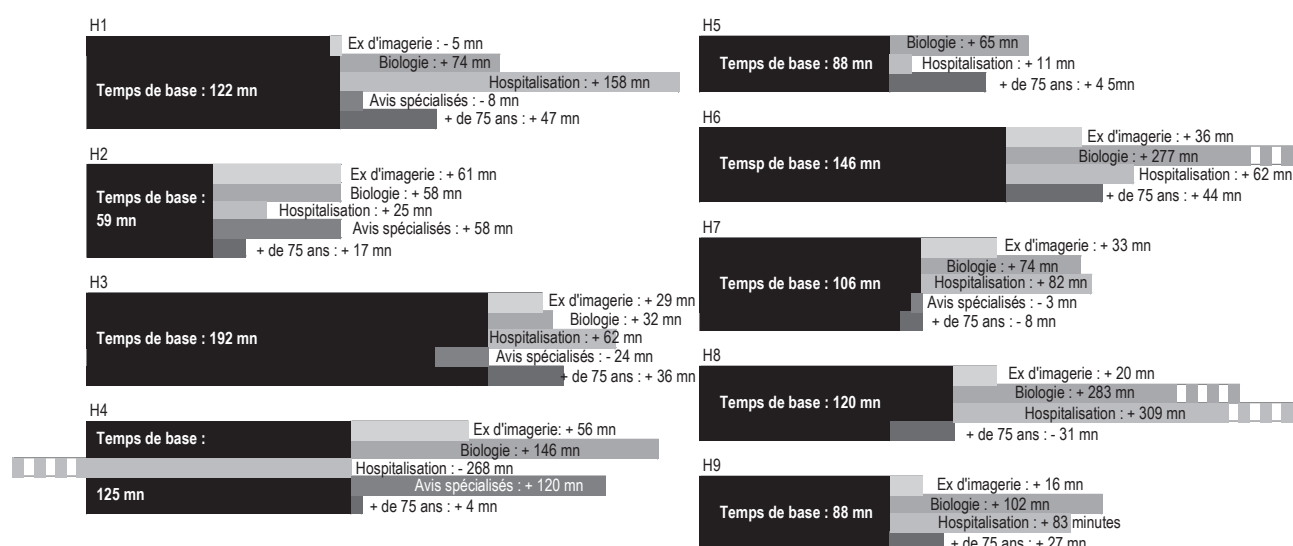
benchmarking une régression statistique du TU avec comme variables explicatives : la présence d'examen d'imagerie (radio, IRM, etc.), de biologie, d'avis de spécialistes, l'hospitalisation du patient, enfin le fait que celui-ci ait plus ou moins de 75 ans, son âge pouvant ralentir sa prise en charge aux urgences, ou rendre les autres services plus réticents à l'accepter en raison de la charge particulière qu'il représente (DODIER, CAMUS, 1997). Les agents de l'AAES présentent le résultat aux soignants sous la forme de schémas où sont comparés les différents hôpitaux (de H1 à H9, voir figure 1). La constante de la régression y est représentée par un « temps de base » auquel viennent s'ajouter les temps inhérents à chaque type d'opération. Par exemple, pour « H6 », le temps de base est de 2h26 (146 minutes), la présence d'examen de biologie le rallonge de 4h37 (277 minutes), l'hospitalisation d'un peu plus d'une heure (62 minutes), enfin le fait que le patient soit âgé, de 44 minutes. La représentation finale montre ce qui, dans chaque établissement, serait responsable de l'allongement du TU. Elle permet de comparer entre eux les établissements et en particulier leurs « temps de base », que les agents de l'AAES interprètent parfois comme un niveau d'efficacité globale pour un patient simple. Ainsi, cette quantification permet à l'AAES de montrer les facteurs qui, selon elle, sont responsables de TU élevés dans les services, et de « faire se comparer » les services entre eux sur la base de leurs temps de traitement.

Dans un deuxième temps, l'agence ministérielle incite les urgentistes, par cette même représentation, à agir sur les principales causes d'attente ainsi mises en lumière. Par exemple, pour poursuivre

l'exemple d'H6, étant donné l'ampleur du temps lié à la présence d'examen de biologie, les urgentistes devraient surtout améliorer leurs relations avec le service responsable de ces « prestations ». Cette analyse a donc une visée avant tout pragmatique : il s'agit de déterminer quel événement, dans la prise en charge des patients, rallongerait le plus le TU, et sur lequel il faudrait par conséquent agir en priorité.

Après avoir souligné les problèmes que les urgentistes peuvent rencontrer dans leurs relations avec les autres services, comme les laboratoires biologiques ou les services de spécialité, l'AAES attire l'attention des soignants sur les dysfonctionnements organisationnels à l'intérieur même de leurs services, objectivés par leurs « temps de base ». Ainsi, le niveau élevé de celui-ci à H6 proviendrait d'un « manque de flexibilité » des paramédicaux qui refuseraient d'adapter leurs horaires aux variations d'activité au cours de la journée, et seraient donc débordés au moment des plages de forte affluence. De manière analogue, l'écart de TU moyen⁽⁶⁾ entre H8 et H1, 5h55 contre 3h10, alors même que les autres caractéristiques pertinentes des services seraient similaires (nombre annuel de passages, taux d'hospitalisation, taux de patients de plus de 75 ans), serait dû essentiellement à la présence dans le second de quelques innovations organisationnelles que l'AAES tente de faire adopter à tous les établissements participant à son chantier, comme la mise en place d'un « circuit court », pour traiter en priorité les patients peu graves mais qui peuvent être évacués rapidement, faisant ainsi de la place dans le service.

Figure 1 : Analyse des variations de TU par l'AAES



Source : AAES, Rapport intermédiaire du benchmark, 2006.

(6) Ce temps moyen n'est pas le « temps de base » des régressions, lisible sur le graphique, il est calculé par ailleurs mais est utilisé par l'agence de manière analogue.

Cette démarche s'explique aussi par son contexte, et notamment par les demandes de moyens supplémentaires pour l'hôpital public. Initialement, nombre d'urgentistes sont convaincus que les phénomènes d'attente dans leurs services s'expliquent avant tout par un manque de moyens, notamment en personnel, d'où les grèves constatées dans certains services. Une grande partie du travail de l'AAES consiste donc à persuader les soignants qu'il existe des « marges de manœuvre » à l'intérieur des services à moyens constants. Fondamentalement, elle tente d'accroître leur productivité, hausse de celle-ci et réduction du TU allant de pair bien qu'il ne s'agisse que d'une productivité apparente et non réelle⁽⁷⁾. Il s'agit donc de focaliser l'attention des soignants sur les facteurs organisationnels, en laissant les autres dans l'ombre. Comme le résume Gaël, médecin de santé publique à l'agence :

« Si on a comparé assez rapidement ressources, locaux, case-mix [pathologies], c'était pour dire "Ok, vous avez des temps assez différents, c'est probablement dû à des ressources différentes, des case-mix différents, ok. Mais peut-être pas tant que ça. Maintenant si on passait à autre chose, dire qu'il y a une part d'organisation dans votre différence de performance ?" Et finalement c'est là-dessus qu'on va jouer. On peut pas trier les patients à l'entrée. On peut pas avoir un nouveau service... Donc il faut qu'on regarde autre chose. »⁽⁸⁾

Rejet ou appropriation de l'indicateur par les soignants

Ainsi, le TU est un indicateur qui fait bien potentiellement sens pour toutes les personnes concernées, et dont l'analyse permet de mettre en lumière les facteurs organisationnels qui expliquent en partie ses variations. En revanche, il n'est pas sûr que cette potentialité soit réalisée pour tous les soignants. Une des difficultés auxquelles se heurte l'AAES est précisément le rejet par certains d'entre eux de ses indicateurs et du mode de fonctionnement qu'ils impliquent. Or, ces professionnels sont pourtant *a priori* les mieux placés pour émettre des jugements sur l'adéquation d'un indicateur extérieur à la réalité hospitalière⁽⁹⁾. Ce décalage éventuel entre les points de vue professionnel et gestionnaire ne manque pas de surprendre et doit être interrogé. Ces soignants récalcitrants défendraient-ils des sortes de rentes informationnelles par une forme de corporatisme, comme le suggèrent les réformateurs ? Feraient-ils plutôt valoir un attachement à un travail

bien fait que la logique productiviste de cet indicateur viendrait contrarier, comme ils le prétendent eux-mêmes ? Pour alimenter le débat sur ces questions délicates, deux approches sont ici proposées. La première consiste à éclairer les raisons qui expliquent que certains soignants adhèrent à l'indicateur ou, plus généralement, à la démarche qu'il incarne, et que d'autres les rejettent. Elle s'appuie sur l'étude de deux cas individuels exemplaires, au sens où ils ne sont pas quantitativement représentatifs de l'ensemble des soignants mais permettent de comprendre leurs différences de positionnement (BEAUD, 1996).⁽¹⁰⁾ La seconde approche se prononce au contraire sur le degré de généralité de ces deux attitudes. À partir d'un questionnaire diffusé à l'ensemble des soignants de deux services confrontés aux injonctions réformatrices, elle montre un écart entre les définitions de l'institution implicitement véhiculées par l'AAES et celles le plus généralement portées par les équipes soignantes. Soignants et réformateurs diffèrent sur ce qu'est un « bon » service d'urgence.

Deux médecins face aux réformes gestionnaires de l'hôpital

Considérons deux médecins d'un service d'urgence, celui de l'hôpital Larrey⁽¹¹⁾. La première, Maya, fait passer ses patients relativement lentement. Elle a la réputation – justifiée – de « faire de la rétention de patients », c'est-à-dire de les garder suffisamment longtemps pour faire des examens à même de permettre leur orientation dans le meilleur service possible, au lieu de les faire sortir rapidement comme le voudrait la logique productiviste du TU. Cette pratique est ancrée dans sa trajectoire sociale. Maya est née en 1976. Sa mère est infirmière, ce qui favorise la transmission d'un certain *ethos* soignant. Son père est cadre et d'origine maghrébine. Maya ne semble pas se heurter à des problèmes de reconnaissance sociale, faisant au contraire état d'une certaine ascension :

Maya : « Donc c'est l'évolution en trois générations : grand-mère couturière, l'autre pêcheur, enfants infirmiers et cadres, et petite-fille médecin. C'est l'évolution sociale française (...) sur trois générations. C'est marrant. Ils sont tous très fiers. »

NB : « T'es la fierté de la famille. »

« Voilà, bon peut-être pas de la famille, mais en tout cas... Ils sont contents », conclut-elle en s'allumant une cigarette.⁽¹²⁾

(7) Sur ce point précisément, cf. BELORGEY, 2010, chap. 2 et 8.

(8) Entretien à l'AAES, décembre 2005.

(9) C'est même la complexité de celle-ci, et plus généralement le problème de l'incertitude en économie de la santé, qui avaient fait écrire à Kenneth J. ARROW (1963) que le jugement des professionnels était plus adapté que les indicateurs quantitatifs et le fonctionnement de type marchand.

(10) Le fait que ces deux médecins descendent de personnes immigrées en France permet de neutraliser cette variable dans l'analyse. Les médecins présentant ce profil, ou eux-mêmes directement immigrés, sont de plus en plus fréquents dans les hôpitaux.

(11) Pour la limitation de l'analyse aux médecins dans ce texte, cf. *supra*, note 2.

(12) Entretien, Larrey, février 2005.

Maya est également bien reconnue dans son service. Elle fait preuve d'une grande finesse à l'égard de ses patients et de son équipe. Elle veille à ce qu'avant d'aller visiter un patient apasique, je mette un masque devant mon visage et une charlotte sur la tête, deux accessoires qui doivent le protéger de mes microbes – c'est la seule à avoir exigé de moi une telle précaution. Elle réconforte certaines infirmières qui connaissent des passes difficiles tant au niveau professionnel que sentimental. Elle entretient la bonne humeur dans l'équipe paramédicale. Le chef de service et les équipes de soin me renvoient d'elle une image très positive.

On comprend qu'elle est également attachée à l'exercice autonome de sa profession lorsqu'elle dresse une opposition entre le cadre libéral de l'exercice de la médecine, qui serait contraint par le souci de ne pas déplaire à certains patients, et son cadre hospitalier, qui ne le serait pas :

Maya : *« Je peux pas faire de médecine de ville parce que ça me fait chier clairement. Voir les mêmes patients tous les jours, ça m'embête. En plus je voulais surtout pas faire intervenir d'argent dans l'histoire, donc je voulais surtout pas être obligée d'être condescendante, je suis pas quelqu'un qui fait facilement des concessions, donc faire des concessions envers les patients parce que c'est la clientèle, et parce que faut les garder comme patients c'est pas mon truc. Ici je suis fonctionnaire, payée par l'hôpital, donc je fais comme bon me semble. J'ai pas à être condescendante avec les gens (...). Qu'ils puissent ou pas payer l'hôpital, qu'ils soient étrangers ou pas, je m'en fous. Et ça, ça me permet du point de vue médical d'être vachement autonome. Alors qu'en ville, il est évident que tu vas faire plus attention à des patients chroniques qui vont venir te voir tous les mois et qui peuvent te payer. Et puis ici quand j'estime qu'il y a pas besoin d'arrêt de travail, je fais pas d'arrêt de travail. »*

NB : *« Plus d'autonomie... »*

Maya : *« Voilà, plus d'autonomie. »*

Si Maya, par sa volonté d'autonomie dans l'exercice de son métier qui se traduit par la « rétention » de patients dans le service afin de leur faire faire tous les examens nécessaires, ne se conforme pas en pratique aux injonctions réformatrices visant à réduire le TU, la position de Nadir est inverse. Tous deux sont médecins dans le même service et le père de Nadir, comme celui de Maya, est venu du Maghreb pour travailler en France. Mais au-delà, les différences commencent. Nadir ne garde pas les patients longtemps. Il tente au contraire de les voir le plus vite possible pour « faire sortir » ceux qui n'auraient pas besoin de rester et désengorger ainsi le service, ce qui témoigne d'une pratique beaucoup plus conforme aux injonctions réformatrices. Comme pour Maya, la manière de travailler de Nadir peut également se comprendre à la lumière de sa trajectoire personnelle. Nadir est un peu plus âgé que Maya (il est né en 1967). Son père n'est pas cadre mais ouvrier

chez Peugeot, sa mère n'est pas infirmière mais femme au foyer. Ces conditions sociales initiales, plus modestes et plus éloignées du milieu de soin que celles de Maya, rendent plus difficile l'ascension sociale de Nadir et son établissement comme médecin. En outre, alors que Maya se définit comme « jambon-beurre » et ne fait pas état de marques de discrimination raciale à son égard, Nadir est gêné dans son existence quotidienne par son origine étrangère.

« Dernièrement on était dans un supermarché avec ma femme, on entend qu'un médecin est demandé d'urgence parce qu'il y a eu un malaise. J'arrive en courant, tout haletant, je fais : "Oui, vous avez appelé un médecin ?" Le mec fait : "Oui oui, on cherche un médecin", puis il me regarde. Je fais "Oui, je suis médecin". Le mec me croyait pas, conclut Nadir en riant. Parce que tu as une gueule un peu exotique, tu dois justifier qui tu es, ce que tu fais. Mais bon c'est comme ça. »⁽¹³⁾

Ce phénomène prend également pour Nadir des formes plus institutionnalisées telles que la non-reconnaissance en France de son diplôme de médecine obtenu au Maghreb (où il a émigré suite à de premières discriminations subies pendant les études qu'il poursuivait en France, et où un oncle médecin l'a converti à la médecine), ce qui l'aurait obligé à « refaire » six années d'études ; nouvelle discrimination, à l'embauche cette fois-ci, par rapport à des médecins d'origine française dans un établissement précédent. Après s'y être considérablement investi pendant deux ans avec l'espoir d'y être recruté, il découvrit que son « patron » de l'époque aurait opté depuis le début pour un « Français de souche » : *« Je pense que j'ai été utilisé pendant deux ans. »*

Nadir cherche à surmonter le handicap lié à ce qu'il désigne en riant comme sa « paranoïa », d'abord par un investissement massif dans son travail. Il effectue dans le service des horaires supérieurs à la moyenne des médecins et a la réputation de « dormir sur place », c'est-à-dire d'être très peu souvent chez lui tellement il ne compte pas son temps pour les patients. Cet investissement semble cette fois avoir rencontré un certain succès, puisqu'il se réjouit aujourd'hui d'avoir établi de bonnes relations avec certains spécialistes de l'établissement (qui le plus souvent regardent de haut les urgentistes, à leurs yeux simples généralistes). Il estime ainsi avoir finalement compensé son handicap social par une certaine reconnaissance professionnelle : *« J'ai appris à me faire respecter par mon travail. »*

Nadir est cependant souvent défini par ses collègues du service par des caractéristiques négatives auxquelles ils le réduisent : une certaine irascibilité, des méthodes de travail parfois autoritaires vis-à-vis des patients et des internes, enfin la volonté de

(13) Entretien, Larrey, janvier 2005.

compléter son salaire en prenant des gardes dans le secteur privé plutôt que de consacrer du temps à sa formation professionnelle continue. Une infirmière avec qui il a des différends le suspecte aussi d'augmenter le débit des perfusions, ce qui réduirait le TU des patients mais pourrait être douloureux pour eux. L'investissement de Nadir dans son travail, le racisme dont il fait état à son égard, enfin sa relative mauvaise réputation dans le service, rappellent la situation de ces ouvrières noires observées aux États-Unis dans les années 1940 qui, isolées des anciennes et considérées par celles-ci comme « anxieuses » et « individualistes », avaient tendance à en faire plus que les autres pour prévenir toute discrimination (HUGHES, 1946).

Enfin, Nadir fait preuve d'une certaine affinité avec les thèmes du *New Public Management* dans la mesure où il se montre particulièrement sensible aux questions de productivité et d'argent. Tout en étant attaché à l'égalité d'accès aux soins, il plaide pour l'organisation, au niveau national, d'un service public composé, d'un côté de cliniques auxquelles les gens accèderaient grâce à leurs mutuelles et de l'autre côté, d'hôpitaux qui ne seraient pas, eux, sommés d'être rentables et traiteraient les personnes, peu nombreuses, qui ne pourraient s'offrir les premières. Le personnel de ces cliniques serait de plus mieux rémunéré que dans les hôpitaux :

« Je pense que si demain on décidait d'entrer dans un système assurantiel ou mutualiste en disant [à une entreprise d'assurances] vous achetez Larrey, je pense que le leitmotiv de cette boîte assurantielle sera : faites du chiffre, il faut gagner de l'argent, il faut gagner des sous, sinon ça n'a aucun intérêt. Ça implique quoi ? Ça impliquerait déjà une augmentation de salaire, pour tout le monde. On serait beaucoup mieux payé, parce qu'il faudrait qu'ils nous gardent. Pour nous garder, il faut nous payer. Donc on serait payé au même titre que les gens du privé, moralité nos salaires seraient multipliés par trois. »

Sous la conjonction de différents facteurs, comme l'insuffisante reconnaissance qu'il estime obtenir dans le service – Maya, plus jeune et arrivée après lui, se verrait confier des missions plus intéressantes ; d'autres médecins seraient mieux payés que lui tout en ayant des horaires plus confortables – et la proposition d'une meilleure rémunération, Nadir quitte peu après Larrey pour une clinique privée, où les patients des urgences ont des temps de passage beaucoup plus rapides, point qu'il valorise quand je l'y retrouve quelques années après.

Les pratiques de Maya et Nadir face à la logique productiviste qui sous-tend l'indicateur du TU sont donc très contrastées. Maya fait preuve à son égard d'une grande indifférence. La considérant comme sans rapport avec la logique de soins qu'elle met en œuvre, elle la rejette. Nadir au contraire y est sensible et infléchit son exercice du métier pour l'y rendre plus conforme. Cette différence de pratique

entre les deux soignants peut être rapportée à leur trajectoire sociale. Maya, à l'image des personnes « établies » dans un certain milieu social (ELIAS, SCOTSON, 1965), dispose de plus de ressources, qui lui autorisent une certaine indifférence aux injonctions managériales. Nadir, au contraire, est plus fragile et y est donc plus sensible. Ces deux portraits idéal-typiques n'épuisent pas bien sûr l'éventail des positionnements possibles des soignants face au TU et, plus généralement, vis-à-vis des indicateurs du *New Public Management*. Ils signalent simplement des bornes remarquables. L'étude d'autres catégories d'agents hospitaliers, non plus seulement soignants mais cadres de santé, chefs de service ou directeurs d'hôpital par exemple, fait apparaître d'autres attitudes idéales-typiques : rejet (comme Maya), usage contraint mais critique, voire conversion sincère (Nadir semblant osciller entre ces deux dernières)⁽¹⁴⁾.

Des conceptions de l'institution qui s'affrontent

Ces divergences de positionnement entre soignants proviennent aussi de définitions implicites différentes de ce qu'est un service d'urgence. Par exemple pour Sylvie, une cadre de santé qui voit d'un mauvais œil le « circuit court » dans un service où l'AAES tente de l'implanter, l'important n'est pas de traiter les patients le plus vite possible, notamment en « évacuant » d'abord les « petits trucs », mais de soigner chacun en fonction de ses besoins :

« Un bon service d'urgence c'est celui qui est capable de voir tout de suite celui qui est grave, de le prendre en charge immédiatement et de lui donner sa meilleure chance (...). Parce que par exemple à Z [son ancien service], ils ont un petit circuit rapide pour les petits trucs que tu évacues vite, c'était très bien, parce que du coup ça tournait vachement bien. Sauf que du coup j'ai vu des patients avec une tension pas stable, des patients instables comme on dit chez nous, qui ont attendu un peu plus que le mec qui vient pour une toux, et moi ça me gêne. Moi ça me gêne. Parce que je suis plutôt là pour pas faire prendre de risques au patient. Pour moi c'est ça ma première mission tu vois. C'est donner une chance au patient. Celui qui tousse, je lui fais pas perdre de chance même s'il part de la salle d'attente. Celui qui a une tension instable, je lui fais peut-être perdre une chance s'il décompense quelque chose et qu'après le tableau qu'il présentait au départ s'est aggravé. »⁽¹⁵⁾

Des définitions légèrement différentes sont fournies par d'autres soignants. Pour tel médecin, aux urgences, « on ne peut pas faire de beau diagnostic (...). Tu cherches le gros truc », autrement dit à prévenir les pathologies létales. Pour tel autre, il faut que les patients aillent « à peu près dans le

(14) Cf. BELORGEY, 2010, chap. 3.

(15) Entretien, Paris, décembre 2005.

bon service dans de bonnes conditions de prise en charge. » Pour un troisième enfin, un bon service d'urgence « *oriente correctement les patients et traite directement les cas urgents* ». On trouve cependant dans toutes ces définitions l'idée que le service doit traiter prioritairement les grandes urgences et qu'il ne s'agit pas nécessairement de soigner exhaustivement le patient, mais d'abord de le sauver, avant de le transférer dans le bon service en aval. Ce sentiment est largement confirmé, quoique pas toujours de manière aussi nuancée, par l'ensemble des soignants, qui, lorsqu'on les interroge, estiment, en premier choix, qu'un service d'urgence doit bien soigner ses patients, ou au moins les orienter correctement et traiter directement les cas urgents, et ne font intervenir la question du temps d'attente qu'en troisième choix (voir tableau 1).

Ainsi, si la problématique du temps d'attente existe bien dans les urgences, sans quoi l'AAES ne l'aurait vraisemblablement pas reprise car elle n'aurait pas « fait sens » pour les soignants, elle est largement subordonnée à un autre impératif, dont les soignants font une question de conscience professionnelle, celui de la qualité de soins. Cette conception du bon service d'urgence s'incarne dans de ce que les soignants disent qu'ils font, quand ils doivent prioriser les patients. En premier choix, à 84 %, ils déclarent commencer par les plus urgents. En deuxième choix, ils donnent la priorité aux enfants. Ce n'est qu'en troisième choix, à nouveau, que le temps d'attente est évoqué : 11 % indiquent les patients qui ont déjà attendu longtemps (voir tableau 2). On peut noter au passage que les patients « qui vont prendre le moins de temps » ne sont jamais considérés comme prioritaires, alors que c'est une recommandation de base de l'AAES, qui tente de l'incarner dans le circuit court.

Tableau 1 : « Un bon service d'urgence, c'est (si vous donnez plusieurs réponses, numérotez-les) ... » :

Un service...	Choix 1	Choix 2	Choix 3
Qui soigne bien les patients	47 %	17 %	7 %
Qui oriente correctement les patients et traite directement les cas urgents	40 %	33 %	3 %
Où les patients attendent le moins longtemps possible	4 %	16 %	27 %
Autre	1 %	2 %	1 %
Non-réponse	9 %	32 %	63 %
Nombre d'observations	105		

Note : La hausse du taux de non-réponse au fil des choix signifie que 91 % des enquêtés donnent au moins une réponse, 68 % au moins deux réponses, etc.

Source : Questionnaire rempli par les soignants de deux services d'urgence, 2006.

Tableau 2 : « S'il vous arrive de choisir entre plusieurs patients celui dont vous allez vous occuper en premier, comment faites-vous (si vous donnez plusieurs réponses, numérotez-les) ? »

Vous commencez par...	Choix 1	Choix 2	Choix 3
Les plus urgents	84 %	0 %	0 %
Ceux pour lesquels vous êtes le plus compétent(e)	2 %	10 %	3 %
Ceux qui vont prendre le moins de temps	2 %	8 %	2 %
Les plus jeunes	0 %	0 %	3 %
Les enfants *	1 %	24 %	2 %
Ceux qui ont déjà attendu longtemps (d'après le logiciel du service)	0 %	4 %	11 %
Autre	0 %	1 %	0 %
Non-réponse	12 %	54 %	79 %
Nombre d'observations	105		

* On constate une grande variabilité de cette réponse entre Larrey et l'autre service car des urgences pédiatriques existent à proximité du premier, qui en reçoit par conséquent très peu. Les réponses sont donc vraisemblablement sous-estimées par rapport à un service accueillant indistinctement ces deux types d'urgences.

Note : Pour la hausse du taux de non-réponse au fil des choix, voir tableau précédent.

Source : Questionnaire rempli par les soignants de deux services d'urgence, 2006.

Les portraits comparés de deux médecins (Maya et Nadir), puis les conceptions de l'institution exprimées dans les réponses à un questionnaire diffusé à l'ensemble des soignants de deux services, montrent donc que la logique productiviste qui sous-tend l'indicateur du TU ne va pas autant de soi qu'elle le semblait initialement. Elle ne semble pas adaptée au fonctionnement des services d'urgence tel que décrit par les professionnels qui y travaillent.

Une décomposition plus poussée de ce que recouvre l'indicateur permet de comprendre pourquoi.

De quoi est fait un temps d'attente ?

D'autres éléments que les facteurs organisationnels sur lesquels l'AAES insiste jouent pour rendre compte des différences de TU entre patients et entre services. Ces éléments sont révélés en premier lieu par nos observations ethnographiques. Prenons le cas de Monsieur Driss (voir encadré 2).

À ce « plasma » d'informations (DIDIER, 2009), afin d'opérer leur comparaison entre services d'urgence, les bases de l'AAES rajouteront une dimension statistique : Monsieur Driss y apparaîtrait en effet comme un patient non âgé dont le TU de 10 heures environ serait associé à la présence d'examen de biologie, d'imagerie, d'un avis spécialisé, et à son hospitalisation. Ne mesurant que les facteurs organisationnels, cette analyse en conclurait logiquement que le TU élevé de Monsieur Driss serait dû à des problèmes... organisationnels.

Encadré 2

Facteurs susceptibles d’allonger le TU : le cas de Monsieur Driss

M. Driss est ouvrier, d’origine étrangère et âgé de 60 ans. Il vient pour des douleurs abdominales. Son passage est ralenti par :

- des difficultés de communication linguistique ;
- son état de santé général (diabète, neuropathie), non sans lien avec sa trajectoire sociale, puisqu’il a laissé certaines pathologies se développer avant de prendre le temps de venir consulter (BOLTANSKI, 1971) ;
- la 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 ;
- les caractéristiques générales de l’établissement : activité d’enseignement et de recherche qui fait que les patients sont examinés fréquemment en premier lieu par des médecins dont la formation n’est pas terminée (les « internes »), horaires limités des services d’exams, mise en concurrence avec d’autres patients pour l’obtention des ressources rares que constituent les soignants. ⁽¹⁾

(1) Observation, Larrey, février 2005.

Rendus visibles par l’observation directe (voir encadré 2), les facteurs à même d’allonger le TU d’un patient le sont aussi par l’analyse statistique. L’appariement des données de l’AAES sur «H6»

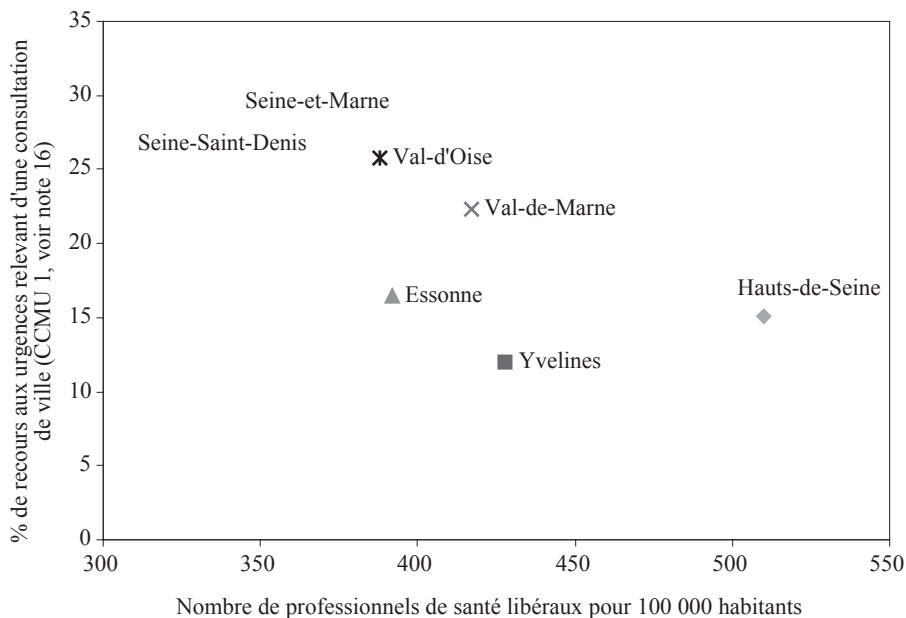
et de celles du Cerveau (Centre régional de veille et d’action sur les urgences), qui contiennent en outre des informations de nature médicale, ainsi qu’une décomposition plus poussée du TU, permettent d’aboutir à une meilleure régression statistique (36 % des variations de TU y sont expliquées, contre 25 % dans celle de l’AAES). Celle-ci montre, d’une part que les facteurs considérés par l’AAES comme « organisationnels » peuvent être pris en compte de manière plus précise – ils sont ici renommés « médico-gestionnaires », dans la mesure où certains comme l’âge ont certes un impact sur la gestion des patients, mais ont aussi au départ une composante biologique –, d’autre part que des facteurs purement médicaux sont également à l’œuvre (voir tableau 3 page suivante).

Des facteurs médico-gestionnaires complexes

Revenons d’abord sur les facteurs médico-gestionnaires. Quatre d’entre eux appellent plus particulièrement des commentaires : l’amont, l’encombrement, l’âge et les exams réalisés.

L’amont des services d’urgence est constitué par les institutions susceptibles, dans une logique de recours gradué au système de soins, d’accueillir les patients avant qu’ils n’aient recours aux urgences. Les patients ont en effet en principe le choix, pour des pathologies sans gravité⁽¹⁷⁾, entre les urgences hospitalières et des structures d’accueil plus légères,

Figure 2 : Offre de soins de ville et recours aux urgences pour des motifs bénins



Coefficient de corrélation $R^2 = -0,74$.

Champ : Île-de-France hors Paris⁽¹⁷⁾.

Sources : Statiss, Drees (2006), Cerveau (2006), calculs personnels.

(16) La capitale, surdotée par rapport au reste de la région et trop hétérogène socialement, ne forme pas un point significatif (929 professionnels pour 100 000 habitants et 18,2 % de CCMU1).

(17) C’est-à-dire qui relèvent du niveau 1 de la Classification clinique des malades aux urgences (CCMU, cf. FOURESTIÉ *et al.*, 1994) : un état stable ne nécessitant pas le recours à des exams complémentaires.

comme la médecine de ville ou les maisons médicales. La fréquentation d'un service d'urgence, et donc son TU moyen, dépendent par conséquent également de l'offre alternative de soins alentour, comme le montrent des analyses historiques (PENEFF, 2000, pp. 15-42) ou statistiques, comme celle ci-dessous, réalisée pour la région Île-de-France (voir figure 2). On y constate une relation inverse entre la densité des soignants qui exercent en libéral et le recours aux urgences pour des motifs

bénins. Ainsi, la rareté relative d'une offre de soins légers est de nature à augmenter la fréquentation des services d'urgence pour ce même type de besoins, et partant, le TU moyen de ces services. On constate aussi que ce sont les départements les plus pauvres qui pâtissent le plus de ce phénomène. Ce facteur ne peut être isolé dans la régression, où il contribue à déterminer la constante, mais il ne saurait être ignoré.

Tableau 3 : Un modèle de TU à variables gestionnaires et médicales

Type de variable	Variables explicatives ¹	Coefficient	Significativité ² (T de Student)	
Médico-gestionnaires	Constante	1h54	****	
	Âge en années	35 sec.	****	
	Âge > 88 ans	0h24	****	
	Nombre actes biologie	0h40	****	
	Nombre actes radiologie	0h24	****	
	Radiologie et biologie ensemble	0h33	****	
	Tri IAO = 2 ³	0h23	****	
	Type de sortie = décédé	2h57	**	
	Patient hospitalisé ou transféré	1h33	****	
	Créneau 18h – 23h	1h19	****	
	Encombrement général	24 sec.	***	
Médicales	Motifs de recours augmentant le TU (1) : motifs clairs	Alcool	4h43	****
		Cocaïne	5h22	*
		Asthme	8h19	****
		Intoxication médicamenteuse 1	13h05	****
		Intoxication médicamenteuse 2	3h31	n. s.
		Troubles aigus de la vue ou de la parole	4h06	****
		Accident ischémique cérébral transitoire	10h22	****
		Demande un repas [SDF]	9h31	****
	Motifs de recours augmentant le TU (2) : troubles psychologiques	Épisode dépressif moyen	15h46	****
		Trouble affectif bipolaire, ici épisode de dépression	20h13	****
		Autre trouble névrotique précisé, exemple : névrose professionnelle	5h16	****
		Trouble de la personnalité, sans précision	3h45	n. s.
		Trouble du comportement lié à l'enfance ou à l'adolescence	5h25	***
	Motifs de recours augmentant le TU (3) : motifs imprécis	Malaise et fatigue	5h18	***
		Altération de l'état général (AEG)	0h32	*
		Confus	7h45	****
		Intoxication médicamenteuse grave, sans précision	5h22	****
		Coma, sans précision	7h28	***
		Hématémèse (vomissement, crachement de sang) hors alcool	3h03	***
		Photophobie	4h33	***
		Altération de la vigilance, obnubilation, somnolence	3h31	****
		Rougeur de l'œil sans corps étranger	6h10	****
	Urticaire idiopathique	13h25	****	
	Motifs de recours raccourcissant le TU	Délivrance de certificat médical (ex : certificat de non-admission)	- 1h00	n. s.
		Saignement de nez (épistaxis), sinusite	- 2h04	n. s.
	Variable expliquée : TU		Nombre observations : 9372	
				R ² ajusté : 36 %

(1) : À l'exception de l'âge en années, du nombre d'exams et de l'encombrement général, toutes les variables sont dichotomiques.

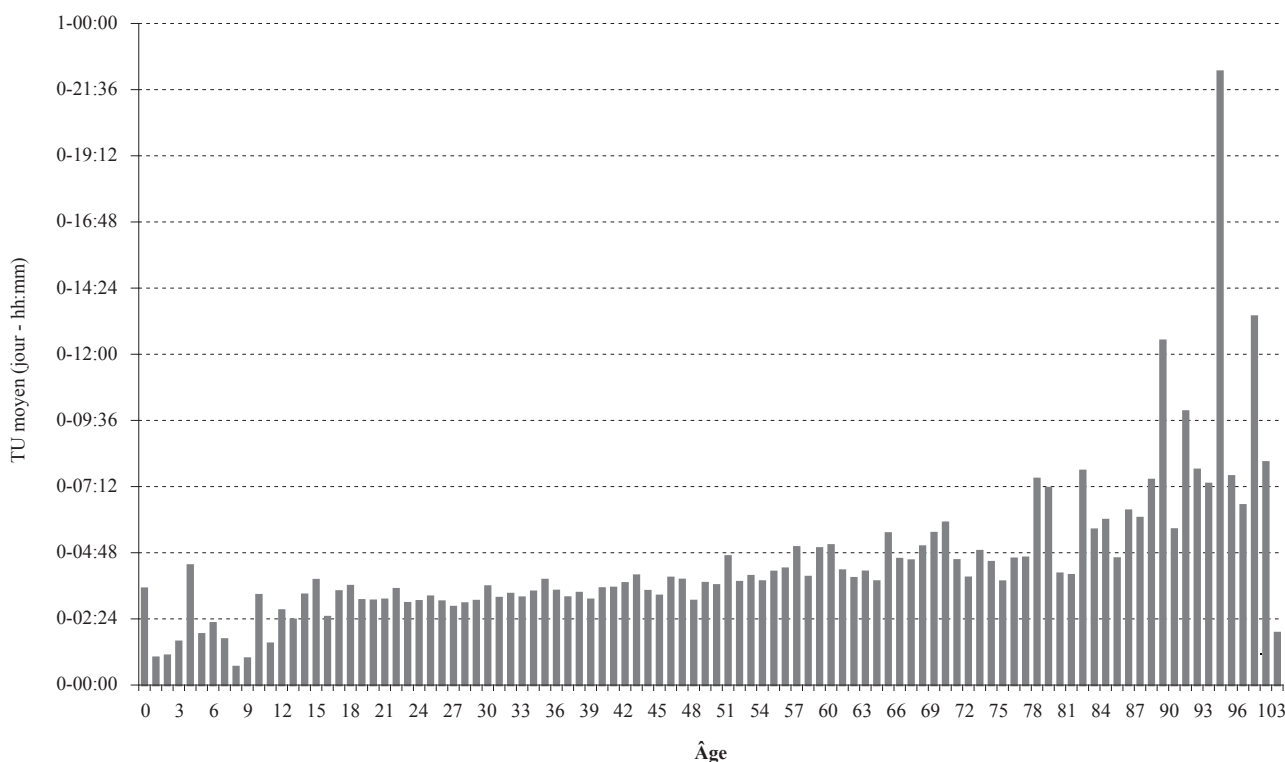
(2) : Corrélation significative au risque 10 % (*), 5 % (**), 1 % (***), 0,1 % (****).

(3) : Ce tri, effectué à l'entrée du patient dans le service, constitue une première estimation de la gravité du cas. Le niveau 2 correspond à des symptômes relativement inquiétants mais flous, comme ceux de Monsieur Driss.

Méthode : Appariement des bases par SQL et régression par les moindres carrés ordinaires réalisés sur le logiciel Sas.

Sources : Un établissement de la région Île-de-France (correspondant à H6 dans la figure 1) et le Cerveau, décembre 2004 – février 2005. Une observation correspond à un passage de patient dans le service.

Figure 3 : Variation du TU selon l'âge (analyse graphique)



Source : H6, calculs personnels.

Après l'amont, le second facteur influençant le TU est l'encombrement des services. Plus nombreux sont les patients à se trouver simultanément dans un service, moins les soignants sont disponibles pour s'occuper de l'un d'entre eux en particulier, plus il y a la queue pour faire des radios, *etc.*, et plus, en fin de compte, le TU est élevé. Le cas de Monsieur Driss est à cet égard de nouveau exemplaire. Un médecin lui prescrit en effet à la fois des examens biologiques et une radio. Son attente serait moindre si sa prise de sang était faite avant son départ pour le service d'imagerie, car les laboratoires pourraient analyser son prélèvement pendant qu'on lui fait sa radio. Mais l'infirmière, occupée par de nouveaux arrivants requérant ses soins, ne peut faire ce prélèvement qu'à son retour de la radio. De manière générale, les variations du rythme de travail sont une caractéristique fondamentale des services d'urgence (PENEFF, 1992) : les soignants passent ainsi de moments de désœuvrement complet à des périodes de sollicitation extrême et d'intense activité. Pourtant, déplore un urgentiste, un tel rythme n'est pas pris en compte dans l'analyse des temps de passage par l'AAES : « *Vers 18h, nous avons parfois dix patients qui reviennent de radio, au moment où dix nouveaux arrivent. Et ceci n'apparaît pas dans les délais d'attente...* »⁽¹⁸⁾

Afin de surmonter ce manque dans l'analyse des temps de passage, on peut définir l'encombrement d'un service comme le nombre de patients côtoyés

par l'un d'entre eux au cours de son passage. Un niveau d'encombrement à chaque heure du jour peut de la sorte être calculé à partir des heures d'entrée et de sortie des patients recensés dans les bases : il s'agit du nombre de patients présents à ce moment-là, moins un. Quand l'encombrement devient très élevé, il se rapproche de la saturation, de l'« engorgement ». Ainsi défini, l'encombrement a bien un effet sur le TU à H6. Celui-ci est accru, faiblement (24 secondes) mais significativement, par chaque patient supplémentaire au-dessus de la moyenne trimestrielle de 107 patients par jour⁽¹⁹⁾.

De plus, le créneau horaire compris entre 18 heures et 23 heures apparaît particulièrement délicat dans la mesure où, toutes choses ici mesurées égales par ailleurs, les patients arrivant dans cette plage horaire mettent en moyenne 1h19 de plus que les autres à passer. Plusieurs raisons expliquent ce TU allongé. Tout d'abord, c'est entre 18 heures et 23 heures qu'intervient la relève d'une partie des équipes médicales puis celle du personnel paramédical. Ensuite, comme l'explique l'urgentiste précité, affluent à la fois de nouveaux patients de l'extérieur et ceux qui, revenus de leurs examens médicaux dont ils viennent d'obtenir les résultats, doivent être réexaminés. Les premières heures de l'équipe de nuit sont généralement consacrées à la résorption de cet encombrement.

(19) En outre, un autre modèle, non repris ici, montre que, lorsqu'on dépasse les 28 patients au-dessus de la moyenne, on rencontre un effet de seuil, qui rallonge de 22 minutes la durée de passage.

(18) Réunion à l'AAES, juillet 2005.

Le troisième facteur qui a un impact sur le TU est l'âge des patients⁽²⁰⁾. Comme le montre la lecture du TU en fonction de l'âge, celui-ci agit de deux façons : de manière linéaire, puis avec un effet de seuil (voir figure 3). Tout d'abord, il existe une relation linéaire entre l'âge du patient et sa durée de passage. Ensuite, on observe que passé un certain seuil (88 ans ici), la variance du TU augmente considérablement. Ces deux effets proviennent vraisemblablement de l'avancée dans la « carrière » de malade (BELORGEY, 2009a) : au fil du temps, l'individu développe de plus en plus de maladies, mais de manière variable selon les personnes, de sorte qu'au-delà d'un certain âge, le cumul des écarts entre les personnes et, pour une personne donnée, l'interaction entre ses maladies, conduisent à une grande variance du TU entre individus. Or, si l'AAES prend en compte l'âge dans les déterminants de TU, elle ne le fait que sous une forme simplifiée, en distinguant simplement les patients âgés de plus de 75 ans des autres : elle sous-estime donc l'influence des variations d'âge sur celles de TU.

Enfin, les examens méritent une attention particulière. Toutes choses ici mesurées égales par ailleurs, chaque acte de biologie prend en moyenne 24 minutes, chaque acte de radiologie 40 minutes. En outre, quand un patient bénéficie conjointement de ces deux techniques diagnostiques, il faut en plus rajouter 33 minutes, dues, soit à la complexification de son itinéraire (on pense à Monsieur Driss), soit au fait que le recours à deux examens indique un cas médical plus lourd que la moyenne.

Des facteurs médicaux et sociaux ignorés

Non seulement les facteurs médico-gestionnaires sont plus complexes que la lecture qu'en fait l'AAES, mais de plus le TU est aussi influencé par des éléments purement médicaux : certains symptômes constatés à l'arrivée du patient ou certaines pathologies clairement identifiées lors du diagnostic sont systématiquement associés à des délais plus longs. Même si la classification proposée ici demeure amendable, elle permet de distinguer différentes familles de patients. On trouve tout d'abord ceux qui restent en observation un certain temps, par exemple parce qu'ils arrivent sous l'influence de l'alcool ou d'une autre drogue. Ceci ne signifie pas que leur état justifie un passage aux urgences d'un point de vue médical, mais que, lorsqu'une personne se présente aux urgences dans cet état (*a fortiori* si elle est amenée par les pompiers, c'est-à-dire si elle a été trouvée sur la voie publique et qu'elle peut constituer un trouble à l'ordre public), elle y séjourne un certain temps, ce qu'illustre le cas de Monsieur Dupond :

Monsieur Dupond est bien connu des urgences. Il est sans domicile fixe et vient régulièrement. Aujourd'hui, il est amené par les pompiers, ivre et agressif. Il refuse l'examen et tente de frapper une aide-soignante. On décide de l'attacher sur son brancard. Quatre personnes sont nécessaires pour ce faire. Après, il demande à aller aux toilettes pour uriner. Pour ne pas avoir à recommencer l'opération de contention, une aide-soignante préfère lui donner un « pistolet », c'est-à-dire un flacon à uriner, et lui détache une main. Il proteste, refuse d'utiliser l'accessoire, mais elle tient bon : « C'est ça ou rien ». Au bout d'un moment, comme il ne se passe rien, elle va faire autre chose. M. Dupond urine alors hors du flacon sur son brancard, sur le mur et sur le sol. L'odeur se répand en même temps que ses imprécations (il semble avoir toujours une bonne dose d'alcool dans le sang). Lui font bientôt écho celles de l'infirmière qui le surveille : « Il m'a ruiné mon transit ! » [la salle de transit, où il se trouve avec trois autres patients en attente sur des brancards]. Plus tard, l'aide-soignante prend un petit quart d'heure pour nettoyer le brancard, le sol et le mur, tandis que M. Dupond dort en émettant des ronflements sonores.⁽²¹⁾

On voit donc à quel point de tels passages peuvent détériorer une moyenne : non seulement Monsieur Dupond reste dans le service le temps de dessoûler, mais il est de plus agressif, mobilise quatre soignants pour l'attacher, et sollicite de nouveau après l'infirmière et l'aide-soignante. Il arrive parfois qu'un patient sans domicile fixe, moins alcoolisé et plus pacifique, demande simplement un repas.

D'autres motifs de recours aux urgences entraînent également un allongement de la durée de séjour. Il s'agit par exemple des crises d'asthme, des intoxications médicamenteuses, des comas, ou des accidents ischémiques transitoires. Au sujet de ces derniers, le président de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) écrit, dans un document de l'AAES, sur sollicitation de celle-ci, à propos de la question du temps d'attente : « La prise en charge médicale a varié au fil du temps. Elle s'est complexifiée, car, maintenant où l'offre de lits d'hospitalisation s'est réduite, il faut à l'urgentiste aller plus loin dans la confirmation du diagnostic pour renvoyer si c'est possible le malade à domicile. Ainsi, l'accident ischémique transitoire, qui était "rapidement" orienté en neurologie, est exploré complètement aux Urgences et retourne à domicile après quelques heures. »

Rallongent également le TU les troubles du comportement d'origine psychologique, comme ceux « liés à l'enfance ou à l'adolescence »⁽²²⁾, ou les dépressions. En effet, ils peuvent faire l'objet d'une consultation psychiatrique, soulever des

(20) Sur ce point, voir également DODIER, CAMUS, *op. cit.*

(21) Observation, Larrey, juin 2006.

(22) Toutes les formulations de variables médicales mentionnées ici sont celles directement recueillies dans les bases de données. Elles proviennent de la Classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé (CIM10) ou des soignants.

problèmes plus complexes (la personne ne veut pas rentrer chez elle et n'a aucun endroit où aller), ou rendre délicate une sortie du service (elle est même interdite par la loi avant vingt-quatre heures si la personne a un comportement suicidaire). Dans ces cas de figure, une réaction fréquente des urgentistes consiste à garder la personne au sein du service le temps que la crise passe.

Enfin, une troisième catégorie de recours aux urgences associée à des TU longs est celle comprenant des symptômes vagues, préoccupants mais dont le diagnostic est difficile à établir, comme les douleurs abdominales de Monsieur Driss. Dans le même ordre d'idées, on peut citer les « malaises, fatigues », qui peuvent avoir des causes multiples, l'état « confus » du patient, les crachements de sang, les intoxications médicamenteuses graves mais « sans précision », c'est-à-dire pouvant être dues à un mélange de substances ou à une seule d'entre elles, d'autant plus difficiles à identifier que le patient n'est pas en état de dire ce qu'il a absorbé. À l'inverse, certains motifs de recours clairement identifiables semblent permettre un TU plus rapide (quoique le résultat ne soit pas statistiquement significatif), comme les saignements de nez ou les simples sinusites.

*
* *

Ainsi, le TU reflète au moins deux éléments : non seulement les problèmes organisationnels pointés par les réformateurs, mais aussi l'attente due à des facteurs purement médicaux qui n'apparaissent pas dans les statistiques de l'AAES. Si certains patients attendent parfois longtemps, c'est aussi parce que leur pathologie est difficile à diagnostiquer ou requiert une prise en charge prolongée. Du point de vue d'un patient donné, « mon temps d'attente est aussi mon temps de passage ». Plus fondamentalement, l'attente s'explique également par la file d'attente formée par les autres patients, tous en concurrence pour l'accès aux ressources rares que sont les services d'urgence et les soignants. Du point de vue d'un patient donné, « mon temps d'attente est aussi le temps de passage des patients traités avant moi ». Ainsi, si certains services présentent des temps moyens notablement plus élevés que d'autres, cela n'est pas nécessairement dû à leur mauvaise organisation. Au moins trois autres éléments entrent en ligne de compte.

Comme on vient de le voir, il y a tout d'abord les pathologies des patients. Ensuite, ainsi que l'illustrent les cas de Monsieur Driss, ouvrier immigré âgé, ou celui de Monsieur Dupond, sans domicile fixe et alcoolique, ou encore la figure 2, les caractéristiques sociales du public sont également à prendre en considération. Les problèmes de santé se concentrent au niveau national sur les classes défavorisées de la population (LECLERC *et al.*, 2000), de sorte qu'un service où elles sont surreprésentées aura à traiter des cas plus difficiles, aux pathologies plus imbriquées, plus évoluées, et donc plus longues à diagnostiquer. Cependant, comme me l'explique un agent de l'AAES en réponse à une de mes questions, sur le recrutement social des services d'urgence, « on n'a pas de données ». En effet, les approches médicale et gestionnaire se retrouvent pour accorder une attention réduite aux caractéristiques sociales des patients : la première, au nom même de l'égalité d'accès aux soins qui implique de traiter chacun d'un point de vue strictement médical, sans considération de son origine nationale, ethnique, sociale ou autre ; la seconde, puisqu'elle ne s'intéresse qu'aux questions organisationnelles. L'état des statistiques disponibles est donc propice, en matière de TU comme ailleurs, à la mise en place d'une forme de « *social blindness* » (PIERRU, SPIRE, 2008).

Enfin, l'attente peut être due à un manque relatif d'offre de soins par rapport à la demande, qui peut être évalué à l'intérieur même d'un service par le rapport entre le nombre de soignants et celui des patients. L'AAES a un moment envisagé cette hypothèse, puisqu'un de ses rapports intermédiaires constatait une corrélation négative entre le nombre de soignants et le TU. Cette conclusion est néanmoins absente de son rapport final, l'agence ayant pour objectif, dans le cadre de la politique nationale de limitation des dépenses de santé, de faire réaliser aux soignants des gains de productivité, non d'augmenter leurs moyens. Ce manque relatif de moyens peut aussi être estimé en sortant du cadre du service d'urgence pour se situer à un niveau plus large, par exemple celui du bassin de soins, du département, ou du pays dans son ensemble. On constate alors que le temps d'attente, et plus généralement les modalités de fonctionnement des services, dépendent largement du contexte économique et social dans lequel ils s'inscrivent (BELORGEY, 2010, chap. 5). L'attente aux urgences dépend largement des moyens de fonctionnement accordés aux hôpitaux.

Bibliographie

- ARROW K.J. (1963), «Uncertainty and the welfare economics of medical care», *American Economic Review*, vol. 53, n° 5, pp. 941-973.
- BEAUD S. (1996), «L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l' "entretien ethnographique" », *Politix*, vol. 9, n° 35, pp. 226-257.
- BECKER H. (1963), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié [1985].
- BELORGEY N. (2010), *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- BELORGEY N. (2009a), « "J'oublie de prendre mes médicaments." Les variations de l'observance dans un réseau de soins », *Sociologie santé*, n° 30, pp. 287-310.
- BELORGEY N. (2009b), *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public*, Thèse de sociologie, sous la direction de Florence Weber, Paris, EHESS.
- BENAMOUZIG D. (2005), *La santé au miroir de l'économie*, Paris, Presses universitaires de France.
- BENSA A. (1995), «De la relation ethnographique. À la recherche de la juste distance», *Enquête*, n° 1, pp. 131-140.
- BEZES P. (2009), *Réinventer l'État*, Paris, Presses universitaires de France.
- BOLTANSKI L. (1971), «Les usages sociaux du corps», *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 26, n° 1, pp. 205-233.
- BRUNO I. (2008), *À vos marques®, prêts... cherchez! La stratégie européenne de Lisbonne, vers un marché de la recherche*, Paris, Éd. du Croquant.
- BRUNO I., DIDIER E. (2013), *Benchmarking : l'État sous pression statistique*, Paris, Zones.
- COQUERY N., MENANT F., WEBER F. (éd.) (2006), *Écrire, compter, mesurer*, Paris, Éditions rue d'Ulm.
- DESROSIÈRES A. (2008), *L'argument statistique. Tome 1 : Pour une sociologie historique de la quantification. Tome 2 : Gouverner par les nombres*, Paris, École des Mines.
- DESROSIÈRES A. (1993), *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte.
- DIDIER E. (2009), *En quoi consiste l'Amérique? Les statistiques, le New Deal et la démocratie*, Paris, La Découverte.
- DODIER N., CAMUS A. (1997), «L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital», *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 52, n° 4, pp. 733-763.
- ELIAS N., SCOTSON J.L. (1965), *The established and the outsiders : a sociological enquiry into community problems*, Londres, Sage Publications [1994].
- FOUCAULT M. (1978), *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-78*, Paris, Seuil, Gallimard [2004].
- HOOD C. (1995), «Contemporary public management : a new global paradigm», *Public Policy and Administration*, vol. 10, n° 2, pp. 104-117.
- HUGHES E.C. (1946), «The knitting of racial groups in industry», in Hughes E. (1984), *The sociological eye : selected papers*, New Brunswick and London, Transaction Books, pp. 265-275.
- IHL O., KALUSZYNSKI M., POLLET G. (éd.) (2003), *Les sciences de gouvernement*, Paris, Economica.
- KLEIN R. (2006), *The new politics of the NHS*, Oxford, Radcliff Publishing, 5^e éd..
- LASCOUMES P., LE GALÈS P. (2004), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences-Po.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.) (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte / Inserm.
- PENEFF J. (2000), *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié.
- PENEFF J. (1998), «La face cachée d'Urgences, le feuilleton de la télévision», *Genèses*, vol. 30, n° 30, pp. 122-145.
- PENEFF J. (1992), *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris, Métailié.
- PIERRU E., SPIRE A. (2008), «Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles», *Revue française de science politique*, vol. 58, n° 3, pp. 457-481.
- PIERRU F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Éditions du Croquant.
- POLLITT C. (1993), *Managerialism and the public services. 2nd Edition*, Oxford, Blackwell.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (2000), *Public management reform. A comparative analysis*, Oxford, Oxford University Press [2004].
- PORTER T.M. (1995), *Trust in numbers : the pursuit of objectivity in science and public life*, Princeton, Princeton University Press.
- SEN A. (1993), «Positional Objectivity», *Philosophy & Public Affairs*, vol. 22, n° 2, pp. 126-145.
- TOPALOV C. (1999), *Laboratoires du nouveau siècle : la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, Éd. de l'EHESS.
- YOON P., STEINER I., REINHARDT G. (2003), «Analysis of the factors influencing length of stay in emergency department», *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 5, n° 3, pp. 155-161.