

4

TRIBUNE

Ce que veut dire
« on ne peut plus rien dire »

6

ENTRETIEN

Comment la ville construit
l'inégalité hommes-femmes

7

PORTRAIT

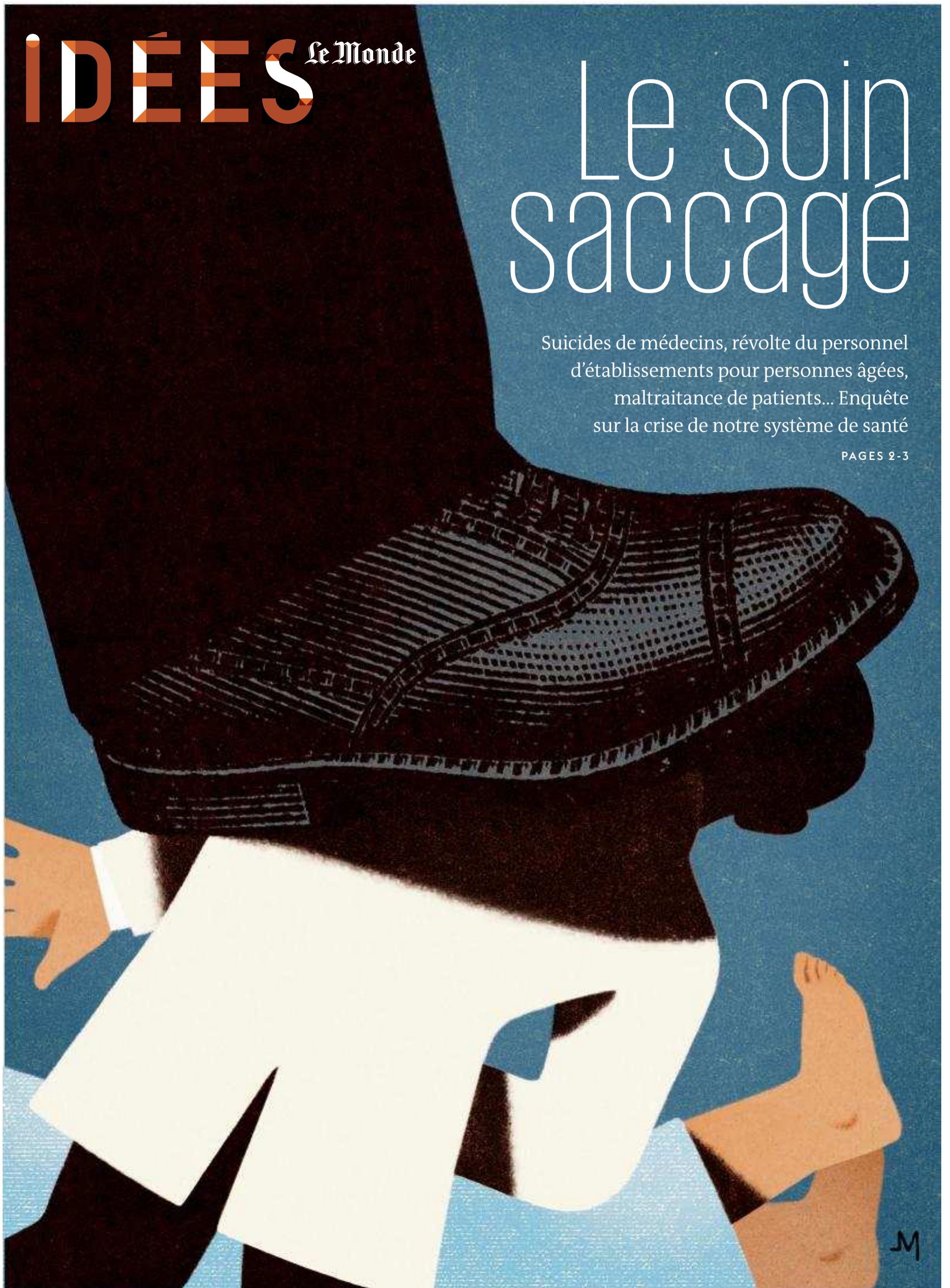
Les derniers jours
de la caisse enregistreuse

IDÉES *Le Monde*

Le soin saccagé

Suicides de médecins, révolte du personnel
d'établissements pour personnes âgées,
maltraitance de patients... Enquête
sur la crise de notre système de santé

PAGES 2-3



JEAN-FRANÇOIS MARTIN

L'hôpital malade du management

Des soignants isolés, mis en concurrence, dans l'incapacité de bien faire leur travail : appliquées sans discernement depuis le début des années 2000, les méthodes de gestion issues du privé sont une catastrophe pour les institutions sanitaires et sociales. Etat des lieux

CATHERINE VINCENT

Ce n'est plus un bouillonnement, c'est une explosion. Le 8 janvier, le ministère de la santé publie un rapport accablant sur le fonctionnement du centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble, où un neurochirurgien de 36 ans s'est donné la mort, en novembre 2017, dans un bloc opératoire. Le 26 janvier, la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, présente un plan de douze mesures d'urgence en faveur des hôpitaux psychiatriques, en réponse aux mouvements de grève qui ont émergé ces derniers mois dans ces établissements. Le 30 janvier, à l'appel de sept syndicats, les personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont en grève pour protester contre leurs conditions de travail. Le 19 février, dans le cadre du plan d'accompagnement des Ehpad, une commission sera installée par le ministère de la santé afin de proposer « une stratégie nationale de lutte contre la maltraitance »... Jamais la situation des personnels soignants dans les hôpitaux et les maisons de retraite n'a paru si dégradée, avec pour conséquence directe le mauvais traitement des personnes vulnérables dont ils ont la charge.

Comment en est-on arrivé là ? Outre le manque de moyens et d'effectifs, le constat des observateurs est quasiment unanime : appliquées sans discernement, les méthodes de gestion et de management issues du privé sont une catastrophe pour les institutions sanitaires et sociales. L'organisation Action praticiens hôpital (APH), qui regroupe une dizaine de syndicats et a lancé fin 2017 un observatoire de la souffrance au travail, fait état de « pressions managériales » de plus en plus fortes de « l'hôpital-entreprise ». « Dans certains établissements, on n'est plus loin de ce qui se passe chez Lidl ou Amazon », affirme Nicole Smolski, présidente d'honneur d'APH. Les techniques managériales modernes seraient-elles incompatibles avec la philosophie et la pratique du soin ?

Communication constante de données, exigence de résultats économiques ou commerciaux, évaluations quantitatives : dans le but de réduire les déficits et de rendre les services de l'Etat plus efficaces, la fonction publique française a connu depuis 2000 de multiples réformes. Non sans douleur. Car le « nouveau management public » (New public management ou NPM), souligne Sabine Fortino, « heurte de plein fouet l'attachement des salariés au service public et à ses valeurs ». Dans un article publié en 2013 dans la revue *Participations*, cette sociologue du travail au CNRS note que ce n'est pas le changement en soi qui leur pose problème, mais « les dimensions idéologiques et sociétales dont il est porteur, ainsi que le nouveau rapport au travail qu'il suppose ». Un diagnostic particulièrement adapté aux personnels soignants hospitaliers, dont l'organisation du travail a été bouleversée par l'introduction des techniques managériales vers les années

2000, puis la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), promulguée en 2009.

« En plaçant des gestionnaires à la tête des hôpitaux, en leur donnant des pouvoirs exorbitants, on a complètement déséquilibré le rapport de pouvoir entre le personnel de soins et l'administration », résume Philippe Halimi, chef du service de radiologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou, à Paris. En février 2016, ce médecin a créé l'Association nationale Jean-Louis Mégrien – du nom du cardiologue qui, fin 2015, s'était donné la mort dans ce même établissement –, afin de lutter contre le harcèlement moral et la maltraitance au sein de l'hôpital public. Elle organise, le 16 février à la Faculté de médecine de l'université Paris-Descartes, une « journée scientifique » sur ce thème. Une première.

UN SYSTÈME « QUASI TOTALITAIRE »

Le professeur Halimi en est convaincu : si l'hôpital est si malade, c'est que son organisation actuelle, celle d'un système « quasi totalitaire », s'appuie sur une gouvernance où « 90 % des responsabilités sont dans les mains des directeurs d'établissement », qui « appliquent une logique administrative comptable pure et dure, incompatible avec la bonne marche de l'hôpital public ». Dans un article publié en 2017 dans la *Revue interdisciplinaire Management, homme & entreprise*, Marc Olivaux, Djelloul Arezki et Olivier Keramidias, spécialistes en sciences de gestion (Cergam, université Aix-Marseille), soulignent eux aussi les limites intrinsèques des techniques managériales dans les institutions de soins. Après avoir mené une enquête de terrain dans un centre hospitalier régional universitaire (CHRU), ils notent que ce mode de gestion, en faisant entrer l'hôpital dans une logique purement comptable, « génère des situations paradoxales » et entraîne notamment une baisse de l'autonomie et du pouvoir des professionnels. Dans un milieu médi-

Valérie Auslender, *Omerta à l'hôpital* (Michalon, 2017). Cette jeune médecin, attachée à Sciences Po, y rapporte les témoignages accablants d'une centaine d'étudiants en médecine ou en soins infirmiers. Annoncé il y a quelques semaines, le suicide à Paris d'une interne en dermatologie n'a hélas rien d'exceptionnel : selon l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI), c'est le dixième survenu en un an parmi ces étudiants déjà confirmés. Et le personnel soignant dans son ensemble est aujourd'hui en détresse. Avec pour conséquence un risque d'erreurs médicales plus élevé, et une dégradation notable de la relation aux personnes vulnérables qu'il s'agit de prendre en charge.

Car la maltraitance institutionnelle ne se réfère pas uniquement aux horreurs régulièrement dénoncées dans les médias. « Elle peut se nicher dans les mille petits riens du quotidien qui, si on n'y prend garde, peuvent générer autant de souffrances accumulées », souligne Carine Maraquin, psychologue clinicienne et coordonnatrice d'un dossier sur « La fabrique de la maltraitance » (revue *Vie sociale et traitements* n° 127, Eres, 2015). Non pas que les personnels soignants aient l'intention de nuire. Professeur en éthique médicale à l'université Paris-Est-Marne-la-Vallée, la philosophe Corine Pelluchon, bien au contraire, dit avoir été frappée, lors de ses expériences de terrain, par « le travail extraordinaire et l'extrême dévouement du personnel soignant » dans les institutions publiques.

« Ce sont des gens de vocation, hypermotivés, qui supportent d'autant moins bien de ne pas pouvoir exercer leur métier correctement », affirme-t-elle. Mais depuis quelques années, elle observe de la part des soignants « une multiplication de réponses aberrantes à des situations inédites ». Or les situations de soins sont toujours inédites, notamment avec des malades ou des personnes très âgées, et ce ne sont pas les normes

« Il est insupportable pour un médecin de se voir expliquer par un gestionnaire combien de temps doit durer un rendez-vous avec un schizophrène »

DANIÈLE LINHART
sociologue

cal caractérisé par « une forte autonomie des acteurs », un milieu ayant des valeurs professionnelles et un code déontologique fort, cela ne passe pas.

« Il est insupportable pour un médecin, par exemple, de se voir expliquer par un gestionnaire combien de temps doit durer un rendez-vous avec un schizophrène ! », illustre la sociologue Danièle Linhart. Pour cette professeure émérite au CNRS, auteure de *La Comédie humaine du travail* (Erès, 2017), l'esprit managérial « consistant à imposer des normes sans tenir compte des métiers » est incompatible avec l'éthique professionnelle du service public. Et plus encore dans le domaine du soin. « C'est une chose que de chercher les voies d'une modernisation, c'en est une autre que d'appliquer à la lettre l'esprit capitaliste théorisé par Frederick Taylor à la fin du XIX^e siècle, selon lequel, pour diriger une entreprise, il faut avant tout asseoir sa domination sur ses salariés », résume-t-elle. Une stratégie qui vise – et parvient – « à réduire le collectif et à augmenter l'individualisation », faisant du travail « une épreuve solitaire, particulièrement douloureuse dans un milieu où l'on se retrouve confronté à des décisions difficiles ».

Conséquence : une souffrance des soignants de plus en plus aiguë. Les étudiants sont les premiers à en faire les frais, comme l'a dénoncé le livre choc de

et procédures qui peuvent résoudre ce type de problèmes. « Cette organisation managériale du travail engendre des contre-productivités qui sont néfastes aux soignants, aux soignés, à la Sécurité sociale et à la société tout entière », poursuit la philosophe. Auteure d'un récent ouvrage sur *l'Éthique de la considération* (Seuil, 288 p., 23 euros), elle dénonce au passage les fausses solutions que sont les normes de « bien-traitance ». Celles qui consistent, par exemple, à prescrire cinq minutes pour faire la toilette d'une personne âgée en Ehpad. « C'est une absurdité, car trois minutes suffiront peut-être pour une malade calme et coopérante, quand il en faudra quinze pour un vieillard qui ne supporte pas l'intrusion d'une personne soignante dans son intimité ! »

Trop souvent, l'obligation de « bien-traitance » se transforme ainsi en une maltraitance envers les soignants, placés dans une situation que Danièle Linhart appelle « le travail empêché ». « Autrement dit, un respect de la procédure tel qu'il vous empêche de faire ce que vous avez à faire, détaille cette sociologue. Exemple : j'ai besoin de 20 minutes pour faire manger cette personne, on me donne 10 minutes, et même si j'ai bricolé une fourchette spéciale, je n'y parviendrai pas, compte tenu de son temps de déglutition. Le travail empêché, c'est de ne pas pouvoir nourrir cette per-

sonne convenablement et sans maltraitance. Et le travail empêché à répétition peut créer un dégoût de son travail, voire une haine de soi. »

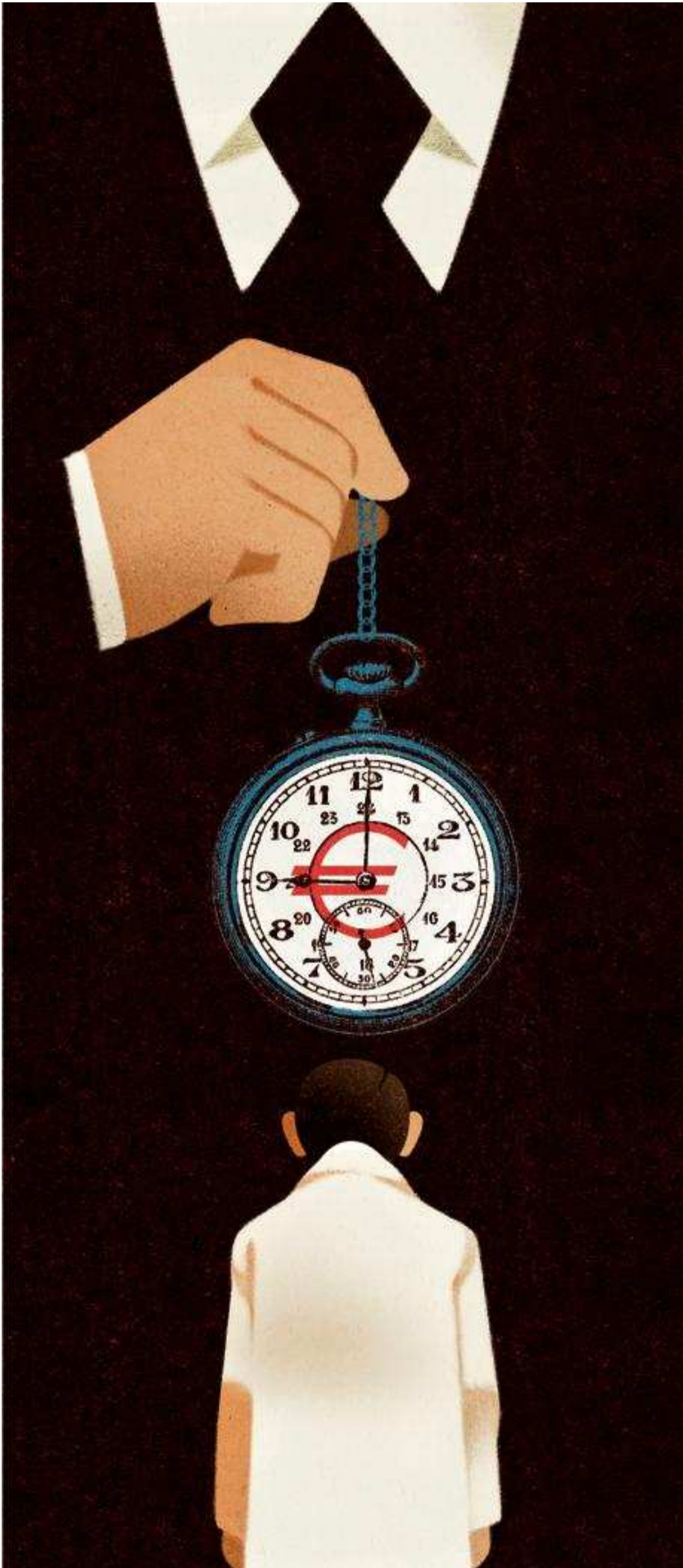
Face à cette avalanche de dysfonctionnements, la prise de conscience des pouvoirs publics est désormais manifeste. Nommé en janvier 2017 médiateur national pour l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, Edouard Couty, très bon connaisseur du milieu hospitalier, s'est vu confier, à la suite du suicide survenu au CHU de Grenoble, la mission d'établir un diagnostic sur la situation de cet établissement : rendu public début janvier, son rapport épingle un fonctionnement entrepreneurial et une gestion du personnel s'appuyant trop systématiquement sur des critères de rentabilité liés aux « problématiques budgétaires ». La députée Monique Iborra (LRM), de son côté, a présenté en septembre 2017 les conclusions d'une « mission flash » menée afin de mieux appréhender les difficultés des Ehpad publics. Face à une population vieillissante et souffrant de pathologies de plus en plus complexes, elle a souligné « des sous-effectifs en personnel unanimement reconnus », un encadrement « plus technocratique qu'efficace », et « un foisonnement de normes qui pèse aujourd'hui sur les établissements ».

LIMITER DES DÉGÂTS

Dans ces énormes paquebots que sont l'administration des hôpitaux et celle des maisons de retraite, comment limiter les dégâts ? « Il faut amender la loi HPST afin d'atténuer le déséquilibre des pouvoirs entre personnel soignant et administratif, ne pas promouvoir les directeurs d'établissement uniquement sur les résultats d'une gestion comptable, faire respecter l'Etat de droit en cas de harcèlement moral », énumère le docteur Halimi, qui espère la mise en œuvre rapide dans les hôpitaux, annoncée fin 2016, de médiateurs référents pour gérer les cas de harcèlement et de violence.

« Dans l'idéal, il faudrait un médiateur différent pour les étudiants, afin que ceux-ci puissent se confier à eux en toute liberté », ajoute Valérie Auslender, pour qui l'urgence est de « rompre la solitude des étudiants et des professionnels de santé, et de réinstaurer un climat de non-violence ». Figurant aux côtés d'une dizaine d'experts dans la deuxième partie d'*Omerta à l'hôpital*, le professeur Didier Sicard, ancien chef de service à l'hôpital Cochin et président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique, écrit avoir été « bouleversé » par les témoignages recueillis par cette jeune médecin. Décrivant l'hôpital comme « un lieu ultra-technique, ultra-sécuritaire » et « confronté à une industrialisation du système de santé », il rappelle que « l'hyperspécialisation éloigne de l'humain en habituant le professionnel à des tâches complexes mais répétitives ».

Pour lutter contre cette dérive dangereuse, Corine Pelluchon, elle, raisonne en philosophe. « Le manque de temps, les sous-effectifs, les consignes absurdes ont évidemment des effets délétères sur le travail du soin, mais la faute n'incombe pas seulement à l'organisation managériale, estime-t-elle. La maltraitance, c'est souvent une sorte de panique qui s'installe, où le soignant perd sa capacité à réfléchir de manière libre, à utiliser son intelligence et son bon sens. Or, le soin avec les personnes est prudentiel, disait Aristote : c'est une réponse à une situation toujours singulière, pour laquelle il faut avoir du discernement moral, de la sagesse pratique, au lieu d'appliquer les règles de manière bête et méchante. Utiliser son bon sens, faire confiance à sa capacité de trouver la solution la plus juste, retrouver son autonomie et sa capacité d'agir, c'est une des ressources que l'on a pour résister à la contamination du mal. » Une voie étroite de résistance individuelle, en attendant que la situation, peut-être, s'améliore collectivement. ♦



JEAN-FRANÇOIS MARTIN

« Les soignants sont contraints d'apporter leur concours à des actes qu'ils réprouvent »

Psychiatre, psychanalyste, professeur au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), Christophe Dejourné est spécialiste en psychodynamique du travail. Il a récemment publié *Le Choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité* (Bayard, 2015) et *Situations du travail* (PUF, 2016).

Depuis quelques années, vous recevez dans votre cabinet des psychiatres des hôpitaux en grande souffrance. Que se passe-t-il ?

Il s'agit souvent de chefs de service, qui sont dans des états psychiques préoccupants – états de confusion mentale, problèmes somatiques gravissimes. J'ai commencé à les voir arriver par grappes il y a environ quatre ans. Or, si de nouvelles formes de pathologie liées au travail apparaissent, c'est que quelque chose a changé dans son organisation. En l'occurrence, la généralisation des méthodes du *New Public Management* [« nouvelle gestion publique », NPM] aux services de soins.

En quoi ces techniques de gestion rendent-elles malades les psychiatres hospitaliers ?

Tous me font une description similaire de leur situation. Ce sont toujours des cliniciens fortement engagés, depuis de longues années, dans la pratique en institution. La décompensation psychopathologique survient quelques mois ou quelques années après l'arrivée d'un nouveau directeur, le plus souvent un jeune gestionnaire. Après un audit, celui-ci met en place des outils d'évaluation et des protocoles de soins. Avec deux priorités : des objectifs quantitatifs et des performances mesurables. Entre les deux, le gestionnaire ne veut rien savoir. Résultat : des conditions de travail ingérables pour les chefs de service. Ils doivent d'un côté diriger des équipes qui n'arrivent plus à fonctionner, de l'autre affronter une administration qui ne cesse de les harceler avec une série d'exigences n'ayant rien à voir avec leur métier. Cela provoque chez nombre d'entre eux des décompensations brutales qu'on ne voyait pas auparavant.

Recevez-vous également des médecins hospitaliers non psychiatres ?

Moins. D'une part parce que les psychiatres sont plus habitués que d'autres, quand ils vont mal, à aller voir un psychanalyste, d'autre part parce qu'ils connaissent mieux la psychodynamique du travail. Mais la souffrance est la même pour le cardiologue, le radiologue, l'anesthésiste ou le diabétologue.

Pourquoi les méthodes du NPM sont-elles néfastes au travail des praticiens ?

Autrefois, les hôpitaux étaient systématiquement dirigés par un médecin formé en administration-gestion. Depuis le tournant gestionnaire des années 2000, ils sont dirigés par un gestionnaire. La gouvernance par les nombres a ainsi remplacé un gouvernement qui faisait référence à des règles. Des règles de droit (du travail, de la protection des salariés), mais aussi des règles de métier, des manières de travailler qui exigent le respect de certains principes. L'administrateur d'un service hospitalier dirigeait sur la base de ces règles de métier, dont il connaissait le

langage et les valeurs. Cela produisait ce qu'on appelle l'éthos professionnel : une éthique fondée sur la connaissance du métier, qui organise le savoir-vivre, la convivialité et le respect de l'autre sur le lieu du travail.

Comment cet ethos est-il affecté par la gouvernance du nombre ?

Les gestionnaires ne connaissent pas le travail et ne veulent pas le connaître. Cela fait partie des principes des sciences de la gestion : ne rien savoir des règles de métier, pour asseoir sa domination et ne pas avoir à faire de compromis. Tout ce qui importe, c'est de mesurer les performances. Or les performances en question ne mesurent pas le travail du soin, et ne le mesureront jamais. On peut mesurer la qualité d'un traitement – et encore. Mais la relation avec le patient est du domaine de la subjectivité, sa qualité ne dépend pas que du soignant. Elle dépend aussi du patient, de la coopération qui se constitue entre le prestataire et le destinataire du service du soin. Que vous soyez cardiologue, gastro-entérologue ou cancérologue, il faut que le patient travaille avec vous à son traitement. Et ça, ce n'est pas mesurable.

Les médecins en souffrance que vous recevez évoquent toujours un contexte marqué par la solitude. Que devient, dans ce système managérial, la solidarité professionnelle ?

Elle est réduite à néant, à l'aide d'un outil très simple : l'évaluation individualisée des performances. Cette dernière, qui est aussi une menace de sanction ou de licenciement, a des effets extrêmement puissants sur les relations entre les gens. Elle ouvre la voie à la concurrence déloyale, elle altère le savoir-vivre, le respect de l'autre, la solidarité, elle casse le collectif et introduit la peur dans le monde du travail. Il en résulte un affaiblissement de chacun et un accroissement de la solitude. Cette gestion entraîne donc la détérioration de notre travail, qui fait elle-même le lit de la maltraitance. Les soignants sont ainsi contraints d'apporter leur concours à des actes qu'ils réprouvent moralement : c'est ce que l'on appelle la souffrance éthique. Or cette souffrance est extrêmement grave : à force de trahir les règles du métier, à force de trahir les collègues qu'on ne défend pas, on finit par se trahir soi-même, ce qui ruine les bases éthiques de l'identité.

Avec quelles conséquences ?

Face à cette souffrance éthique, il y a deux réactions possibles. Soit on parvient à développer une stratégie de défense, ce qui produit une insensibilisation du soignant à la souffrance de l'autre. C'est la porte ouverte à la maltraitance chronique, et cela explique également les mauvais traitements que subissent, sur leurs lieux de stage, les étudiants – dont la bonne volonté et la sensibilité à la souffrance des malades réveillent la mauvaise conscience des soignants, heurtant de plein fouet leurs stratégies de défense. L'autre réaction, c'est la décompensation brutale, avec le risque de passage à l'acte. Cette souffrance éthique est l'élément déterminant de l'apparition des suicides sur les lieux de travail, chez les médecins et soignants hospitaliers comme partout ailleurs. ♦

PROPOS RECUEILLIS PAR C. V.