



## CONCOURS D'ENTREE Session 2007

### Epreuve d'admissibilité - COMMENTAIRE DE TEXTE -

**DUREE : 4 HEURES**

#### **CONSIGNES**

A partir de ce texte, rédigez un commentaire qui a pour but de tester vos capacités d'analyse et de synthèse et votre aptitude à développer et à argumenter vos idées par écrit.

Sont déclarés admissibles, les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10/20.

Dictionnaire non autorisé. Aucun brouillon ne sera accepté.

# L'hôpital sous tension

**QUI SE SOUVIENT** de l'hôpital hospice des années 50, synonyme de relégation et de pauvreté ? Aujourd'hui, l'hôpital fait la une de la presse mais son image est ambivalente. Les prouesses de la médecine technique ou le déploiement du Samu social sont célébrés tandis que la crise hospitalière est mise en scène : malaise des médecins et infirmières, scandale des infections nosocomiales, manque de moyens et de personnels. Ces tensions traduisent une dynamique de transformation profonde et inachevée. L'hôpital est devenu un acteur central du système de santé. Presque la moitié des professionnels de santé (plus de 800 000) y travaille et la majorité d'entre eux y est formée. Son poids économique est considérable : les soins hospitaliers représentent 43 % des dépenses de soins et de biens médicaux soit 61,5 milliards d'euros en 2003 avec une croissance, cette même année, de 6 % en valeur, légèrement inférieure à celle des médicaments (+ 6,5 %) et des soins ambulatoires (+ 7,4 %). Le système hospitalier est divers et complexe, composé d'établissements de tailles et de statuts variables (publics ou privés, lucratifs ou non...), distinctions auxquelles s'ajoutent aujourd'hui des critères d'activité et d'environnement (voir l'encadré, p. 65).

## Les héritages survivent aux transformations

En Europe, l'hôpital est l'institution la plus ancienne qui soit et les historiens ont montré que son histoire se confond avec celle de la société. Quatre questions permettent d'en faire la lecture : celle des missions de l'hôpital (l'accueil, le soin, l'ordre public, la lutte contre la pauvreté), celle des finances (souvent insuffisantes, à la charge de qui ?), celle des pouvoirs (hier les congrégations, les élus, aujourd'hui les pouvoirs publics, les médecins, les syndicats), enfin celle des espaces (l'hôpital urbain délocalisé à la périphérie, la définition des territoires et des populations servis). Elles restent d'une grande actualité, les réponses à y apporter étant au cœur de la question sociale. Ces dernières années, l'hôpital a connu des bouleversements internes qui l'ont profondément transformé. Jusqu'en

1941, l'hôpital public était réservé aux classes modestes et aux indigents. L'administration des hôpitaux était du ressort des municipalités. Sauf dans les grandes villes, l'hôpital hospice ne pouvait rivaliser avec les cliniques privées, plus médicalisées, qui soignaient les classes aisées. Cette dualité explique le très grand nombre d'établissements, qui est une spécificité française. Les hôpitaux ont longtemps puisé leurs ressources de leur patrimoine, mais le développement des assurances sociales à partir des années 30 leur a procuré des ressources nouvelles qui ont permis la modernisation des établissements. En passant de l'assistance à l'assurance, l'hôpital devenait objet de politiques publiques. La loi de 1941 ouvre l'hôpital à toutes les classes de la société et inaugure le retour de l'Etat sur les questions hospitalières. Si les maires président toujours les conseils d'administration des hôpitaux et en choisissent les directeurs, le pouvoir de l'Etat et de son administration n'a cessé de croître sans que l'on puisse parler d'un pilotage parfaitement maîtrisé. La tension entre pouvoir local (hier critiqué, aujourd'hui réhabilité quand on veut donner place aux citoyens) et pouvoir central (de plus en plus relayé au niveau régional) structure les politiques hospitalières.

La médecine hospitalière, entendue comme pratique médicale à temps plein, est récente, issue des ordonnances de 1958 qui ont réformé l'enseignement médical et instauré ce que Michel Arliand a appelé « l'hospitalo-centrisme (1) ». La croissance significative des hôpitaux au cours des années 70 a manifesté le développement de l'Etat providence. La généralisation de la Sécurité sociale a permis le financement des hôpitaux grâce au mécanisme généreux et inflationniste des prix de journées. Médecins et directeurs ont été solidaires pour servir le mythe fondateur de l'hôpital moderne : mettre les progrès médicaux au service de tous. Dans les petites villes, la modernisation des hôpitaux ne s'est pas faite sans tensions avec les notables garants de l'ordre établi. Les CHRU, pour leur part, ont offert une image de la « mystique de la croissance », image qui cache des déséquilibres qui n'ont fait que s'aggraver. Car

la hiérarchie des hôpitaux, des spécialités et des médecins a produit de nouvelles inégalités : Claudine Herzlich (2) a montré par exemple que « les malades de l'hôpital » ne se confondent pas avec « les malades du médecin », et les travaux d'Antoinette Chauvenet (3) ont mis en lumière la coexistence d'une médecine de prestige à haute technicité, d'une médecine de masse et de filières de quasi-abandon médical. Les récentes enquêtes sur les urgences montrent que ces observations gardent leur actualité. La mutation de l'hôpital exigeait un personnel qualifié de plus en plus fourni. Des écoles paramédicales furent créées, un appareil de formation continue mis en place. L'accroissement des effectifs a été spectaculaire : 9 082 médecins et 55 000 infirmières salariés en 1965, respectivement 56 500 et 179 000 en 2002. Les hôpitaux sont devenus des acteurs économiques importants, souvent le premier employeur d'une région. On comprend dès lors pourquoi la logique de planification hospitalière doit souvent composer avec celle d'aménagement du territoire.

## L'économique sur la scène médicale

La progression des dépenses hospitalières est une préoccupation politique depuis les années 60, mais ce n'est qu'au début des années 80 que le gouvernement a décidé de modifier le mode de financement des hôpitaux en instaurant le budget global. Le principe est d'allouer à chaque établissement une enveloppe annuelle, en principe non révisable, à charge pour lui de la répartir en interne. Cette mesure n'a pas eu les effets bénéfiques escomptés mais a introduit deux changements importants. D'une part, la pauvreté des outils de gestion hospitaliers est apparue au grand jour et l'Etat s'est doté peu à peu d'instruments et de dispositifs qui, sans être parfaits, représentent un progrès. D'autre part, les questions économiques ont fait irruption sur la scène médicale. Il a été demandé aux professionnels de santé de participer à la gestion de l'hôpital et d'intégrer la dimension économique à leur pratique. Toutefois, la perspective d'une

## NOTES

(1) M. Arliand, *Les Médecins*, La Découverte, 1987.

(2) C. Herzlich, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, vol. XIV, n° 1, 1973.

(3) A. Chauvenet, *Médecines au choix, médecine de classes*, Puf, 1978.

(4) P. Mossé et C. Paradeise, « Restructurations à l'hôpital; recompositions des hôpitaux. Réflexions sur un programme », dossier « Recomposer l'offre hospitalière », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, juil.-sept. 2003.

(5) É. Minvielle, « Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers », in G. Cresson et F.-X. Schwyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, ENSP, 2000.

(6) F. Acker, « Les infirmières: une profession en crise? », in J. de Kervasdoué (dir.), *La Crise des professions de santé*, Dunod, 2003.

(7) A.-M. Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Anthropos, 2001.

## FRANÇOIS-XAVIER SCHWEYER

SOCIOLOGUE, SPÉCIALISTE DES PROFESSIONS DE SANTÉ ET CHERCHEUR AU LABORATOIRE D'ANALYSE DES POLITIQUES SOCIALES ET SANITAIRES DE L'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, IL A CODIRIGÉ, AVEC GENEVIÈVE CRESSON, *PROFESSIONS ET INSTITUTIONS DE SANTÉ FACE À L'ORGANISATION DU TRAVAIL. ASPECTS SOCIOLOGIQUES*, ENSP, 2000; ET AVEC GWÉNOLA LEVASSEUR ET TERESA PAWLKOWSKA, *CRÉER ET PILOTER UN RÉSEAU DE SANTÉ. UN OUTIL DE TRAVAIL POUR LES ÉQUIPES*, 2<sup>e</sup> ÉD. ENSP, 2004.

coopération avec l'administration suscita la méfiance plus que l'enthousiasme et le sentiment d'une ingérence gestionnaire dans l'activité de soin a prévalu. Sur un plan plus général, un récent programme de recherche (2003) sur les restructurations hospitalières établit que la rationalisation du système hospitalier est loin d'être effective: le nombre d'établissements se maintient, l'emploi croît légèrement, les moyens augmentent. Par euphémisme ou souci de discrétion propre aux politiques, le terme de recomposition est préféré à celui de restructuration, notent Philippe Mossé

## Le médecin, qui hier était un artisan seul responsable de son service, travaille désormais dans le cadre d'une organisation complexe et partiellement industrielle.

et Catherine Paradeise (4) qui ajoutent: « Quel que soit le critère "industriel" utilisé, il apparaît que le système hospitalier public ne se restructure pas. »

Les médecins sont le cœur de l'hôpital. De leur activité et de leur compétence dépendent l'image et parfois la survie de l'établissement. Mais leurs conditions de travail ont changé. Ils exercent dans un cadre devenu contraignant pour de bonnes raisons (la sécurité des patients, la qualité des soins) ou de moins bonnes (la bureaucratie, la peur des procès). En matière de soins médicaux, il n'est pas exagéré de parler d'explosion des savoirs et des techniques. Les appareils et les équipements (le plateau technique) ont transformé l'hôpital, son architecture comme son fonctionnement. L'automatisation change le travail au sein des laboratoires, la miniaturisation permet la multiplication des appareils, la biologie, l'imagerie et l'informatique transforment les dispositifs de soins. Le médecin, qui hier était un artisan seul responsable de son service, travaille désormais dans le cadre d'une organisation complexe et partiellement industrielle.

Pour autant, il serait faux de croire que les médecins se plient à une logique technique exogène et imposée. Car la technique oblige les professionnels devenus interdépendants à ajuster leurs rôles. Les savoir-faire techniques, l'initiative et l'inventivité développés par certains médecins leur permettent de remodeler leurs pratiques. La dynamique

des spécialités médicales ne se réduit pas à une nécessité technique mais traduit la mobilisation de groupes qui transforment l'organisation du travail en s'appropriant une technique. Par ailleurs, la complexité peut être source de satisfaction quand il s'agit de trouver une solution pour un patient.

## Gérer la singularité à grande échelle

En revanche, la division du travail est jugée pesante quand les contraintes sont exogènes au champ d'expertise ou que

les difficultés rencontrées sont difficiles à définir. La coordination des tâches et la gestion des aléas, essentielles pour la qualité des soins, en sont une illustration. L'activité soignante est perçue comme plus linéaire et certaine qu'elle ne l'est réellement. Et quand il s'agit de réduire le risque clinique, l'important n'est pas tant de rationaliser le fonctionnement des services que de maîtriser la trajectoire des patients. La rationalisation est donc forcément négociée car elle se fonde sur la flexibilité et la capacité des médecins et des équipes à ajuster leurs façons de travailler. C'est ce qu'Étienne Minvielle appelle « la gestion de la singularité à grande échelle (5) » qui requiert des savoirs organisationnels encore largement méconnus.

Or l'organisation du travail hospitalier est de plus en plus complexe. D'une part, la qualification des emplois a entraîné une spécialisation et une multiplication des métiers hospitaliers (médecins spécialistes, ingénieurs, cadres médico-techniques, infirmières plus ou moins spécialisées, administratifs, assistantes sociales, etc.) et, d'autre part, le nombre d'interlocuteurs augmente: les malades bien sûr, mais aussi les médecins libéraux, d'autres établissements, les collectivités locales, les tutelles. Les configurations d'action sont fragiles et changeantes, et requièrent un travail d'articulation de tous les instants pour éviter les risques et permettre de maîtriser les trajectoires des patients.

Beaucoup de médecins ont du mal à se situer. Le sentiment d'indépendance auquel ils sont attachés serait en péril, l'imposition de normes multiples porterait atteinte à leur liberté et au capital de confiance sur lequel repose leur profession. Les sociologues ont montré que la coopération nécessaire pour améliorer la qualité des soins est inconfortable pour les professionnels obligés à travailler autrement, de façon moins segmentée et parfois moins valorisante pour leur spécialité. La crise infirmière trouve là une part de son origine. L'effort de construction d'un savoir infirmier fondé sur une philosophie de soin, des standards de pratique et des outils spécifiques n'est pas soutenu par l'ensemble du groupe professionnel « éclaté et fragilisé par le développement d'autres professions », selon les termes de Françoise Acker (16). Par ailleurs, les frontières entre les professions évoluent et les transferts de compétences possibles sont étudiés sous la pression des évolutions démographiques défavorables (on manque de médecins dans certaines spécialités) mais aussi à la lumière des comparaisons internationales (les besoins en médecins sont aussi dépendants des modèles d'organisation des soins). La délégation de compétence est à l'ordre du jour et elle interroge directement l'identité des médecins et la définition de leur « vrai métier », mais aussi celle des infirmières soucieuses d'être reconnues comme des partenaires à part entière et non comme de simples exécutantes. Les aides-soignantes, qui font le « sale boulot » et qu'Anne-Marie Arborio qualifie de « personnel invisible (17) », cherchent à investir l'espace des relations avec les malades, au prix parfois d'une tension avec les infirmières.

### Plus de coopération, de démocratie, d'efficience

L'usage des techniques a un effet sur les relations entre soignants et malades. La personne du malade tend à disparaître derrière le cas ou les résultats d'analyses. La dimension relationnelle s'estompe sous l'effet d'une objectivation toujours plus poussée des examens. La réduction des durées de séjour, du temps de travail et l'intensification des activités poussent à se consacrer en priorité aux actes techniques. La volonté de savoir des patients va dans le même sens quand elle leur fait exiger des examens complémentaires, et rejoint le souci des médecins de « se couvrir » en cas d'incertitude. L'engagement de la

## Radiographie du système hospitalier



Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, juillet 2000.

Le système hospitalier est divers et complexe. 3 052 établissements se répartissent inégalement entre un secteur public (1 010 hôpitaux) et un secteur privé (2 042 cliniques et établissements), lui-même divisé en un secteur lucratif et un secteur non lucratif participant ou non au service public hospitalier. Les hôpitaux publics sont en général de taille plus importante que les établissements privés : ils offrent 309 047 lits d'hospitalisation complète pour 162 474 lits privés. La colonne vertébrale du système est constituée par les 27 CHRU autour desquels

gravitent les centres hospitaliers et les établissements privés. Ces derniers connaissent depuis plusieurs années une restructuration sans commune mesure avec celle du secteur public. Ces chiffres arides montrent que les hôpitaux sont définis par leur taille, leur mode de financement, leur statut juridique ou leur profil d'activité (soins aigus, long séjour, psychiatrie, centre de lutte contre le cancer, etc.). Les distinctions habituelles sont fondées sur la taille et le statut des établissements de santé mais de plus en plus doivent être complétées par des critères d'activité et d'environnement. ■ F.-X.S.

responsabilité médicale et la crainte d'un recours en justice favorisent l'utilisation des plateaux techniques : tout se passe comme si la confiance faite au médecin se déplaçait vers les résultats d'analyse ou les images. Cette forme de déshumanisation est en contradiction avec l'aspiration des patients à se voir reconnaître comme acteurs de leur propre santé. L'impératif de compliance (respect, par le patient, des prescriptions médicales) est contesté par les malades qui font valoir le respect de leur dignité, parfois leurs savoirs profanes, et qui manifestent, dans un esprit consumériste mais pas toujours, des exigences croissantes au sujet des prestations hospitalières. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a voulu placer l'utilisateur au centre du système de santé en rééquilibrant la relation entre professionnel et profane pour rendre effectifs les principes d'autonomie et d'égalité des volontés. Pressé par une production immodérée de lois et nouveaux dispositifs réglemen-

taires, contraint par une pression budgétaire continue, appelé à s'adapter aux normes européennes, l'hôpital doit faire face aujourd'hui à plusieurs défis. Le premier est d'inventer un nouveau mode de fonctionnement plus coopératif, plus démocratique, plus efficace. Et rien ne pourra se faire sans les professionnels de santé, tout particulièrement les médecins. C'est le pari de la gouvernance hospitalière. Le deuxième défi est celui de la relation aux usagers auxquels il faut apporter des soins sécurisés et de qualité, mais qu'il faut aussi informer, écouter et admettre comme partenaires. Les anthropologues ont montré la difficulté et l'ambiguïté du projet. Une meilleure articulation avec son environnement représente un autre défi pour l'hôpital, qu'il s'agisse des réseaux de santé, des programmes régionaux de santé, de l'inscription dans les territoires de santé. Enfin, les missions sociales de l'hôpital constituent un défi permanent : l'hôpital demeure un lieu d'accueil dans une société où existe l'insécurité sociale. ■