

## ► Penser les dysfonctionnements hospitaliers en termes de violences structurelles

Patricia Etienne\*

L'intérêt médiatique se porte de plus en plus sur ce que l'on appelle pudiquement un « malaise » à l'hôpital. Plusieurs articles de presse générale ont relayé les dangers qu'il peut y avoir à fréquenter un service d'accueil des urgences (SAU) [1]. De fait, la médiatisation de ces faits divers est venue souligner une réalité palpable depuis plusieurs années. Les services d'Accueil des Urgences peinent à prodiguer les soins urgents nécessaires, et l'orientation adaptée. Car ce que qui n'est pas maîtrisable, c'est le flux des patients et leur surveillance sur des brancards : ce sont des variables structurelles et non plus individuelles.

Voici ce qu'un ethnologue pourrait décrire, après s'être immergé dans un service d'urgence. Dès la « relève » matinale, chacun « hérite » de dossiers de la nuit (ou de la veille) « à placer » – il s'agit de personnes à hospitaliser, mais le processus déshumanise. Seules quelques minutes sont disponibles pour réévaluer les patients, contacter les services d'aval, tracer les informations. Car les patients en attente d'être examinés sont déjà là. Les infirmières, en nombre restreint, se démènent déjà à installer les patients, les préparer, tout en surveillant (si possible) les dizaines d'autres attendant sur des brancards. Chacun est mécontent : les patients captifs de leurs barrières qui voudraient de l'aide pour aller aux toilettes, ceux qui voudraient un verre d'eau, les soignants qui courent... Il y a les bruits (les gémissements, les cris), les odeurs, les images de corps alignés, vulnérables, parfois se dénudant aux yeux de tous, faisant apparaître un torse, une couche, une jambe malade... Chacun accélère le pas dans ce hall déjà encombré de brancards, gêné, pressé... Et l'on sait bien qu'à tout moment, l'un de ceux qui attendent depuis des heures peut « décompenser ». Violences physiques, violences olfactives, violences verbales, violences acoustiques : les services des Urgences sont devenus structurellement violents. Les acteurs qui y participent alternent épuisement physique, et déni de l'anormalité de la situation. De fait, il n'y a pas le temps pour penser, pour prendre conscience. Les temps de pause sur 24 h se résument souvent à deux fois 10 minutes pour manger, et 1 h pour dormir.

Les autres services hospitaliers ne sont pas exempts de dysfonctionnements. Désormais, on entend de toute part des fermetures et déplacements de postes infirmiers, d'aides-soignants, de médecins. Les bilans présentés (par une certaine hiérarchie médicale) ne parlent plus que de DMS (Durée Médicale de Séjour) et de taux d'occupation des lits : autrement dit, augmenter la rentabilité par un artifice comptable. La qualité des soins est monopolisée par des qualitiens (non soignants) à qui l'on demande de produire des traces écrites, pour remplir les objectifs de l'accréditation. Les projets médicaux prennent la couleur de bilans comptables, au détriment de la question de sens et des idées créatives. On se préoccupe de la forme, rarement du fond. Les syndicats, eux, dénoncent un épuisement des soignants.

Comme élément d'explication, on parle à juste titre de la politique de rentabilité hospitalière, on incrimine la T2A (tarification à l'activité), mais ce n'est pas aller assez loin dans l'analyse.

Il faut aussi dénoncer une forme de violence devenue ordinaire. Cette violence structurelle a accompagné la logique de rentabilité, ce qui n'était pourtant pas inévitable. Décrite par Johan Galtung en 1969, la violence structurelle est un processus (et non pas un acte) produit par les institutions [2]. La domination du centre vers la périphérie et l'endogamie créent une asymétrie qui pèse sur le potentiel de l'individu, l'empêchant de se réaliser. Pire, l'amenant à reproduire : maltraité (ou se sentant maltraité), l'individu devient maltraitant. Violence ordinaire, elle s'inscrit à chaque niveau des normes sociales et des procédures : ainsi, elle devient pérenne.

Le morcellement des responsabilités (multiplicité des hiérarchies) permet en outre de rendre invisible à chacun sa participation à un processus violent, et d'en rationaliser l'usage. Les hiérarchies hospitalières publiques sont divisées à la fois verticalement (hiérarchies médicales, infirmières, secrétaires, administratives...) et par strates horizontales. Autre exemple de ce morcellement, la loi du 21 juillet 2009 portant

réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST ») a imposé une « organisation polaire » et fragmenté les services en unités fonctionnelles. Un récent rapport sur le fonctionnement des pôles décrit : « l'accumulation des réformes successives, notamment la tentative de départementalisation et de suppression des services, puis leur retour, leur fédération, la création des pôles de première génération qui les conservaient, et la deuxième génération qui semblait les oublier » [3]. La polarisation est venue méthodiquement déconstruire les services hospitaliers. Les organisations administratives viennent remplacer les organisations médicales, et la transversalité est exigée aux infirmiers et aides-soignants que l'on affecte à un « pôle ». Il s'ensuit une perte de sens pour ces professionnels, ainsi qu'une perte de communication. De fait, la gestion minutée des plannings ne prévoit plus de temps de transmission infirmière, le suivi du patient devant être assuré par la traçabilité écrite ou informatisée. L'impact humain de ces mesures est majeur comme en attestent les suicides de soignants, les perceptions d'injustice, les frustrations et la colère.

Si on peut garder espoir face à la prise de conscience récente des problèmes au sein de l'hôpital public, il ne faudrait pas se contenter de mesures de colmatage. Il faut poser urgemment la question du sens et de l'évaluation médico-économique non technocratique.

## Références

- [1] Weinberg M, Aux urgences, « une mise en danger de la vie d'autrui ». Disponible sur : <https://www.lopinion.fr/edition/economie/aux-urgences-mise-en-danger-vie-d-autrui-145763>
- [2] Galtung, J. (1969). « Violence, peace and peace research ». *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191; voir aussi Galtung, J. (1990). « Violence can start at any corner in the direct-structural-cultural violence triangle and is easily transmitted to the other corners », in « Cultural violence », *Journal of Peace Research* , vol. 27, n°3, 291-305
- [3] Domy P., Moulin G., Frechou D., Martineau F. Müller C. BILAN ET EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DES POLES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE. Rapport des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. P 15. Disponible sur [http://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT\\_MISSION\\_POLES.pdf](http://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf) (consulté le 22/03/2018)