

Le fardeau administratif des soignants

Matthias Waelli
Université de Genève

Najat Bennarab
AP-HP

Marc Beaussier
Institut Mutualiste Montsouris

L'ESSEC ET L'ÉCOLE
POLYTECHNIQUE
ONT LANCÉ
EN 2022 UN
SÉMINAIRE SUR LA
DÉMOCRATISATION
DU TRAVAIL DANS
LA SANTÉ. PHILIPPE
LORINO ET ÉTIENNE
MINVIELLE EN
SONT LES DEUX
ANIMATEURS. LA
PREMIÈRE SÉANCE
A EU LIEU À L'ESSEC
LE 12 OCTOBRE.
ELLE A PORTÉ
SUR LA QUESTION
DU FARDEAU
ADMINISTRATIF ET
L'IMPOSSIBILITÉ
D'ÊTRE AU LIT DU
MALADE.

Le « fardeau administratif » semble être l'ennemi juré des soignants. Incriminé par presque tous, y compris hors de l'hôpital, il passe pour le principal facteur limitant du temps accordé aux patients. C'est dans ce contexte que le 8 février 2023, François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention, annonce 15 mesures pour réduire les tâches administratives des médecins. Au-delà de la symbolique, le geste est censé améliorer les conditions d'exercice, et surtout augmenter le temps passé auprès du patient. La plupart des résolutions se centrent autour de la généralisation du numérique et du zéro papier. La numérisation est présentée comme un rempart au *workflow* administratif ; mais ce fardeau en lui-même, que représente-t-il ? Est-il lié aux procédures médicales, à une prolifération des demandes de reddition de comptes (les fichiers Excel), à d'autres préoccupations ? Peut-on distinguer ce qui relève de l'alourdissement bureaucratique et du management ? La simple expression de fardeau administratif montre un présupposé sur la nature des professions du soin. Certes, le soignant est fait pour soigner ; mais la répartition de ses tâches peut-elle et doit-elle refléter cette vocation de manière proportionnelle ? Cet idéal, construit et nourri au cours de la formation médicale, soulève un nombre croissant de questions. Il traduit un décalage profond avec l'activité de soin réelle.

Introduction (Philippe Lorino et Étienne Minvielle)

L'idée que le système de santé crée des tâches auxiliaires, vues comme un fardeau administratif, fait consensus en France. Toutefois, il est rare que l'on s'intéresse de près aux tâches en question. Quelle est la nature de ce fardeau administratif ? A-t-il une raison d'être ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Ce séminaire est une plongée dans la charge administrative, soi-disant ingrate, pour en brosser le portrait le plus concret possible.

Les retours de terrain jouent un rôle essentiel. Pour comprendre le sujet, il faut entendre « les gens qui vivent les choses », entre théorie et



*Il dottore, La Scala,
Milan 4 septembre 2022*

concret. En gestion de la santé comme dans la recherche en général, trop de débats se résument à des simplifications théoriques, éloignées de l'expérience. Les analyses entrent rarement dans la réalité. Le séminaire s'inspire donc de la pensée pragmatiste et sa réflexion collective fondée sur l'expérience. Par le dialogue entre divers personnes et contextes, il s'agit de partir de l'expérience pour aboutir à l'expérience. Tous les détours par la théorie rejoignent ce but : transformer l'expérience.

Qu'est-ce qui tient les soignants à distance des malades ? (Matthias Waelli, Chercheur à l'université de Genève)

Matthias Waelli est responsable du département Management de l'université de Genève. En 2010, il découvre l'hôpital en tant que sociologue du travail à l'EHESP (École des Hautes Études de Santé Publique). Étranger au secteur de la santé, il passe six mois à suivre le personnel infirmier, sur le mode du *shadowing*. Sa question de recherche est alors simple : « *Expliquez-moi votre travail.* »

Après six mois de suivi, de notes et de relecture, Matthias Waelli fait un constat. Certains soins infirmiers techniques génèrent beaucoup de dialogues, comme s'ils étaient particulièrement importants pour les soignants. À l'inverse, les actions réalisées au bureau de soins, hors de la chambre du patient, n'en génèrent presque aucun. Matthias Waelli s'interroge : pourquoi cet endroit, où le personnel infirmier passe le plus clair de son temps, n'est-il pas digne d'être raconté au sociologue ?

La question ressurgit plus tard au cours d'un atelier à l'hôpital. Un an après l'implantation du Dossier Patient Informatisé (DPI), la directrice de soins organise un retour d'expérience des soignants. Chacun doit rapporter comment il ou elle a vécu la mise en place du DPI. Au moment d'aborder la charge administrative, un groupe de stagiaires répond : « *Désolés, ça ne nous concerne pas. On est là pour apprendre, le travail administratif n'est pas dans notre formation* ». Une grande partie du travail infirmier ne serait donc ni digne d'être analysée par un sociologue, ni d'être enseignée, car caractérisée comme un travail administratif.

D'où vient ce refus d'opérer, cette négation de la tâche administrative comme travail médical ? Premièrement, les soignants semblent s'être construits un idéal-métier d'où l'administratif est exclu. En 2014, Allen mentionne déjà *l'invisible work of nurses* : 70 % du travail infirmier n'est pas inscrit dans la représentation idéale du métier. Au sens d'Allen, il existe ainsi quatre sortes de tâches invisibles : *creating working knowledge* (écriture, rédaction des dossiers), *articulation work* (coordination), *bed management* (gestion des lits) et travail de transfert des soins. Pour Allen, ces tâches, bien qu'exclues du *nursing mandate*, sont importantes. C'est pourquoi elles doivent urgemment rejoindre les programmes de formation. Ce propos recoupe celui d'une certaine littérature sur l'activité infirmière, notamment dans le contexte du *New Public Management*, où la rationalisation financière raccourcit les durées de séjour des patients à l'hôpital. La charge administrative supplémentaire est en effet peu intégrée, augmentant le *turnover* et les *burnouts* des soignants.

Paradoxalement, le temps passé auprès du patient n'a pas ou peu changé. Selon certains travaux de *Time and motion studies*, qui étudient le temps consacré au soin, il plafonne à 30 % depuis 20 ans. Le sentiment de ras-le-bol des soignants s'accroît, alors même que le temps de soins perdure. Face à ce paradoxe, Matthias Waelli s'interroge : le problème n'est-il pas organisationnel, lié au sens de l'activité et à son intégration dans le quotidien ?

Matthias Waelli entame ainsi une recherche sur la perception du travail administratif, au sein du programme QUARTS, conduit avec Étienne Minvielle et Lucie Michel.

- Les objectifs du programme QUARTS : identifier les facteurs influençant la perception du travail administratif, comparer la perception d'une unité de réanimation et d'une unité de gériatrie en soins de longue durée, et confronter ces perceptions avec la réalité du travail.
- Méthode du programme QUARTS :
 - ◊ Phase 1 : le chercheur évolue en *shadowing* – littéralement : en suivant le soignant comme son ombre – pour le recueil des perceptions et la construction d'une grille d'activités relevant du « travail administratif ».
 - ◊ Phase 2 : le chercheur effectue du *time and motion*, c'est-à-dire un chronométrage des activités effectives.
- Résultats :
 - ◊ Phase 1 : en réanimation, le travail administratif apparaît comme très intégré. Les soignants ne ressentent pas de charge administrative. Les tâches de *Documenting and Organization on Activities* (DOA) s'effectuent au fil de l'eau, directement auprès des patients. En soins de longue durée, le constat est tout autre. Le travail administratif est totalement déconnecté du soin. Le DOA est réalisé en-dehors du temps de travail, loin du lit du patient. Au total, les chercheurs identifient sept types de DOA.
 - ◊ Phase 2 : la répartition des tâches administratives est à peu près la même partout. Toutefois, selon le contexte et le mode d'organisation du travail, leur perception diffère. Lorsqu'elles sont intégrées, les activités administratives sont vues comme un vrai travail de soin.

70 % du travail soignant est aujourd'hui mal intégré à l'organisation des soins. Or, la tendance est plutôt à la délégation de ces tâches administratives qu'à leur appropriation. Les hôpitaux investissent dans de nouveaux métiers dédiés : IDEC (infirmière coordinatrice), parfois pharmaciens... À quel prix ? Un tel choix coûte cher, aussi bien financièrement qu'en termes de qualité. En outre, il dévalorise des tâches administratives pourtant incompressibles. Il convient donc de repenser le mandat des soignants, grâce à la formation et l'organisation du travail : instaurer des cours de management, en *bachelor* pour les infirmiers ou en formation initiale pour les médecins ; jouer sur le contexte local pour améliorer la perception des tâches administratives.

Témoignage en temps de crise covid (Najat Bennarab, Infirmière et directrice des soins à l'AP-HP)

Dans ce retour d'expérience, Najat Bennarab raconte son parcours en lien avec le travail administratif et la numérisation de l'hôpital.

Najat Bennarab débute en tant qu'infirmière à l'hôpital. Elle suit un parcours considéré comme classique dans divers secteurs. Comme ses collègues, elle fait alors face à une charge administrative. Contrairement à eux, elle ne la vit pas comme une contrainte. Cette charge s'impose à elle comme un temps sanctuarisé : il lui permet de se plonger dans l'écriture, la transmission narrative de son métier, dans laquelle elle « *donne à voir* » le travail. La charge administrative est pour elle une écriture de la qualité du travail infirmier. Car, si au quotidien, ce sont les patients qui évaluent la qualité du soin, c'est la hiérarchie qui évalue celle du travail des soignants. La transmission écrite est le meilleur outil pour rendre compte de ce travail. D'autant que les écritures ne concernent pas seulement le patient, mais aussi l'équipe médicale : instructions, commandes de matériel et de médicaments... Dans

son début de carrière, l'encadrement administratif structure ainsi la vie du service de Najat Bennarab.

Lorsqu'elle devient cadre de santé, Najat Bennarab voit ses missions évoluer. Management, *bed management*, connaissance des flux du service, tâches satellites sur la fluidité du parcours patient s'ajoutent à ses responsabilités habituelles. Elle endosse un rôle d'accompagnement et d'orientation des médecins. Elle doit notamment tenter d'équilibrer les charges de soins et le nombre de patients dans le service.

Plus tard, elle change d'établissement et rejoint pour un temps un hôpital doté du Dossier Patient Informatisé (DPI). À son arrivée, l'outil est déjà en place et maîtrisé, contrairement à son établissement d'origine. Elle réalise que pour construire un DPI intuitif pour tous, les techniciens ne suffisent pas. Il est important d'intégrer des soignants, des professionnels de terrain au processus, sans quoi le DPI devient une contrainte ; alors que bien conçu, il permet d'accompagner les soignants jusqu'au lit du patient. Najat Bennarab voit donc en la validation et l'intégration des données une nécessité. Elles facilitent le travail, l'objectivent et le rendent visible. Elles légitiment les efforts accomplis.

Najat Bennarab admet que l'accompagnement des soignants est crucial dans la prise en main des outils numériques. Elle prend l'exemple des aides-soignants, peu formés à leur utilisation, et au travail administratif en général. Le cursus d'aide-soignant (un

an seulement, contre trois pour les infirmiers) manque de ce qu'elle appelle une « *philosophie de l'écriture* » ; autrement dit, la formation passe par le geste médical et non la réflexion écrite ou la retranscription de l'activité. Les soignants peinent à s'approprier l'administratif, qui se transforme alors en contrainte. C'est pourquoi les outils numériques nécessitent un accompagnement spécifique, aussi bien pour les aides-soignants que pour les internes ou les médecins. Actuellement, aucune de ces professions ne bénéficie d'un suivi adapté. Faute de comprendre la valeur de l'administratif, et donc de l'outil, elles rencontrent des difficultés à l'intégrer dans leurs routines.

Aujourd'hui directrice de soins à l'EHESP, Najat Bennarab promeut l'accompagnement administratif et numérique pour les soignants. Selon elle, l'outil de pilotage ne doit pas créer un poids, mais une valeur ajoutée : « *Car soigner, c'est aussi tracer : reconnaître le travail effectué, et pas seulement pour soi-même.*

Un résultat de bilan, par exemple, n'est pas seulement

une feuille rangée dans un dossier. Le classer correctement, c'est se familiariser avec l'organisation du service, apprivoiser le patient et se renseigner sur son parcours. Un externe qui range une feuille dans un dossier prend aussi soin du patient. »

Pour Najat Bennarab, l'administratif n'a donc rien à voir avec du secrétariat. Il s'agit d'une question de sens et de valeurs : comprendre le pourquoi du geste administratif, et en amont, la traçabilité des soins. L'administratif est logiquement lié à l'existence du patient. C'est quand l'outil ne permet pas de tracer les soins que le bât blesse ; par exemple, quand les infirmiers du service doivent tracer un cathéter qu'ils n'ont



*La pergola, Silvestro Lega,
Pinacothèque, Milan
3 septembre 2022*

pas posé. Le conflit de valeurs ne relève ici pas de l'administratif pur, mais de l'outil lui-même. Simplifié, inadapté, il ne représente pas la réalité du métier. D'où une décorrélation entre l'administratif et le soin, et la sensation que l'infrastructure n'évolue pas aussi vite que la technologie.

Fardeau administratif en ville et à l'hôpital (Marc Beaussier, Médecin à l'Institut Mutualiste Montsouris)

Pour clore ce premier séminaire, Marc Beaussier, anesthésiste-réanimateur de formation, explore les différences de charge administrative entre la ville et l'hôpital. Sa première remarque est un paradoxe : le fardeau administratif ressenti par les médecins hospitaliers est supérieur à celui de la médecine de ville. Cette dernière implique pourtant la gestion du cabinet, la prise de rendez-vous, l'entretien des locaux... tandis qu'à l'hôpital, la direction se pose en gestionnaire. Pourquoi ce décalage ?

Marc Beaussier y voit d'abord un problème de perception. Pour les médecins hospitaliers, la notion de fardeau administratif renvoie au syndrome d'épuisement professionnel. Le nombre d'heures, la pression, l'hypersollicitation participent d'un ras-le-bol, qui ne concerne pas seulement l'administratif mais le métier dans son ensemble. D'autre part, l'hôpital vit une « *mutation de transparence* » : un changement culturel qui impose la traçabilité, la certification, et une charge mentale accrue de la communauté médicale, sans compter des parcours hospitaliers de plus en plus complexes. Afin de réduire la durée de séjour des patients, la prise en charge est morcelée et la vitesse obligatoire. Il en résulte une surcharge d'activité dans laquelle les soignants acceptent de plus en plus mal le fardeau administratif. Car qu'est-ce que l'administratif pour un médecin d'hôpital, sinon l'impératif de traçabilité ?

Quelques soignants boudent le *reporting* des activités, qui selon eux, n'est pas de leur ressort. Mais, pour Marc Beaussier, les comptes rendus hospitaliers ou opératoires font partie de la prise en charge du patient. La tâche est dense, mais médicale. Le compte rendu instille du sens dans les activités hospitalières, il est primordial, et même nécessaire à l'exercice de la médecine. Ce sont les médecins réticents qui manquent de sens collectif, ou ce que Marc Beaussier appelle une « *attitude corporate* » vis-à-vis de leur établissement. L'hôpital est un lieu de coopération. Les tâches administratives contribuent au maintien de la collectivité. Trop nombreux sont les médecins qui voient encore leur établissement à la troisième personne.

La charge administrative révèle donc les mutations sociologiques de la profession médicale. Face à ces mutations, l'hôpital fait preuve de conservatisme, teinté d'une peur de la déshumanisation des soins – peut-être à juste titre. « *Le ras-le-bol administratif traduit le fardeau du changement sociologique* », affirme Marc Beaussier. « *Beaucoup associent encore le médecin à une éminence grise, armée de son stéthoscope, qui provoque l'émerveillement des internes.* » Certes, l'hôpital évolue. Mais cette évolution repose sur la Faculté et l'enseignement, encore relativement figés. L'enseignement de la médecine ne s'effectue pas dans un cadre spécialement propice à l'innovation.

Derrière ce conservatisme se cachent aussi des soucis techniques. Parmi les outils numériques déployés à l'hôpital, beaucoup sont inadaptés aux patients et aux contextes. Pourtant, leur nombre continue de croître. Par exemple, l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) compte la bagatelle de 144 logiciels différents. Comment gérer une telle quantité d'outils numériques ? Chez les médecins, la sensation de fardeau administratif traduit aussi ce vertige, celui d'un retard pris

sur la technique. Les difficultés d'organisation du travail y contribuent : « *Ce qui ennuie les soignants, c'est d'être dérangés dans leur activité de soins : par exemple, être appelés auprès d'un patient en pleine rédaction de compte rendu. Beaucoup vivent mal ce télescopage, cette sensation de non-qualité. Mais bien sûr, tout n'est pas noir et l'hôpital s'améliore.* »

Quelles sont les solutions possibles ? Marc Beaussier souligne la nécessité de conduire une étude qualitative sur le sujet dans chaque hôpital ; ensuite, créer des aides à l'exercice – il existe pour la médecine de ville des assistants médicaux au bilan – est très positif ; enfin, un travail sur les mentalités s'impose. Il convient de sortir de l'association automatique entre numérique et déshumanisation. Cela passe d'abord par l'excellence technique des outils numériques : « *Il faut créer les bons outils, former les gens à leur utilisation et étudier les résistances. Par exemple, l'IMM dispose d'un logiciel de reconnaissance vocale très performant, mais certains médecins des vieilles générations s'entêtent à le rejeter : à cause des pannes, des fautes d'orthographe... Comme si les humains ne faisaient jamais de fautes.* »

Pour Marc Beaussier, l'avis des patients est un moteur crucial pour les projets innovants. Ils sont demandeurs et veulent être suivis, rappelés, impliqués. Ils compteront donc de plus en plus pour les années à venir ■

Notes prises par Aurore Fierobe, revues par les auteurs

Référence

Allen Davina (2014) *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisation and Healthcare*, London, Routledge.