



Une approche qualitative de la question de la 'démotivation' des personnels de santé.

Le point de vue des acteurs de la région sanitaire du Grand Casablanca

Marc-Eric GRUÉNAIS (IRD/INAS)

Naïma RACHIH (DP)

Amal BOUSBAA (Université Aïn Chok)

Touria HOUSSAM (Université Aïn Chok)

Jamal KHALIL (Université Aïn Chok)

Vincent De BROUWERE (IRD/INAS)

Rabat
Institut National d'Administration Sanitaire
Avril 2008

Résumé

Introduction

Aujourd'hui au Maroc, les collectivités locales participent de plus en plus au financement des services de santé. En retour, elles s'attendent à une offre de services plus attentive à la demande de la population. Ce n'est pas toujours un résultat atteint et lorsque c'est le cas, comme à Casablanca, la cause est attribuée à un manque de motivation du personnel de santé. Que signifie cette 'démotivation' ? Comment s'exprime-t-elle et comment cette étiquette de 'personnel démotivé' est-elle vécue par les personnels de santé eux-mêmes ? Ce sont ces questions qui sont à la base de la présente étude menée à la suite d'une demande de Monsieur le Wali du Grand Casablanca et de la Direction régionale de la santé du Grand Casablanca.

Méthodologie

L'étude qualitative sur la question de la démotivation des personnels de santé de la région sanitaire du Grand Casablanca s'est déroulée du 5 au 11 novembre 2007. Elle a donné lieu à 31 entretiens (individuels et de groupe) réalisés auprès d'acteurs situés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : directeurs de service technique du Ministère de la santé, gestionnaires régionaux et préfectoraux, directeurs d'hôpitaux, médecins, personnels infirmiers et administratifs. L'étude a concerné 6 établissements de santé de base et cinq hôpitaux préfectoraux. Les établissements enquêtés ont été sélectionnés en fonction de leur localisation : soit dans des quartiers populaires pouvant être considérées « à problème », soit dans des quartiers relativement nantis.

Résultats

- La pertinence d'une étude sur la démotivation des personnels de santé
La question de la démotivation est un problème ancien. Les personnels de santé se sentent particulièrement – et injustement - visés (par la presse, par les autorités) alors même qu'ils trouvent que le personnel d'autres secteurs de la fonction publique est tout autant, voire encore plus, démotivé.
- L'organisation du travail
Une des principales manifestations de la démotivation est l'absentéisme. Cependant, l'absentéisme apparaît parfois pour les gestionnaires comme devant être relativisé (le problème serait davantage celui du manque de rendement que de présence effective à son poste de travail) ; il est parfois toléré. Pour les personnels de santé c'est surtout le manque de locaux et le manque de travail à certaines périodes de la journée (les patients ne viendraient que le matin) qui expliquent l'absentéisme. Ces derniers estiment également que l'horaire continu n'est pas adapté.
- Les personnels et leur déploiement
Pour les gestionnaires, le niveau central ne tient pas compte des besoins en personnel et des capacités d'accueil du niveau périphérique, et l'on en arrive parfois à un sureffectif des médecins par rapport aux paramédicaux. Les médecins considèrent qu'ils sont limités dans leurs actes du fait du manque d'infirmiers. Les infirmiers, soumis à une réglementation considérée comme désuète, ont le sentiment qu'ils constituent un corps très dévalorisé.
- La différenciation des performances
Les gestionnaires parviennent difficilement à sanctionner positivement ou négativement les personnels. Les soignants considèrent qu'aucune différence n'est établie en fonction du rendement et se plaignent d'une absence de définition claire des tâches, ce qui rend difficile l'évaluation des performances.
- La formation, facteur de motivation
Les gestionnaires regrettent le peu d'empressement des personnels à assister aux séances de formation, hormis pour les formations destinées à la préparation à un changement d'échelle. Les soignants expliquent ce constat des gestionnaires par les perturbations du service que peuvent occasionner les absences pour cause de formation, l'absence d'incitation financière et professionnelle, l'organisation des formations loin du lieu de travail ou d'habitation et le sentiment que seuls les responsables bénéficient des formations. Les personnels soignants demandent plutôt des formations techniques ; les gestionnaires privilégient les formations managériales.

- Les conditions et le cadre de travail

Le niveau de rémunération apparaît acceptable pour les médecins, insuffisant pour les infirmiers. Les plateaux techniques sont considérés comme plutôt satisfaisants, mais les soignants se plaignent de l'insuffisance de dotations en médicaments pour répondre aux demandes des patients. Les plaintes ont trait surtout à la vétusté et à l'inconfort des locaux, à l'absence d'avantages sociaux pour les personnels de la santé en comparaison avec les personnels d'autres secteurs de la fonction publique. La sécurité est aussi une préoccupation récurrente pour les personnels travaillant dans des quartiers « peu sûrs ».

- L'attractivité du secteur privé

Des personnels (médecins et infirmiers) du secteur public travaillent aussi dans le secteur privé en dépit du caractère illicite de cette pratique, à l'égard de laquelle il semble exister une certaine tolérance. Cette attractivité du privé pour les agents de la fonction publique semble cependant freinée par la charge de travail supplémentaire et le risque non couvert en cas d'incident.

- Le comportement des malades

Les malades sont considérés comme de plus en plus exigeants, avec, d'une part, une population démunie ayant des demandes et des besoins importants, et, d'autre part, une population bénéficiant d'une couverture sociale (AMO), toute aussi exigeante et impatiente. Les soignants peinent à trouver le bon équilibre entre ces deux populations dans le cadre d'établissements qui ont une mission de service public. Ces attitudes des malades seraient spécifiques à leur fréquentation des établissements publics, les mêmes malades se comportant différemment lorsqu'ils s'adressent aux établissements du secteur libéral.

Conclusion

La région de Casablanca présente des spécificités, avec un déséquilibre du ratio médecins/infirmiers au profit des premiers, l'aboutissement d'un parcours professionnel que représente une affectation à Casablanca et des médecins qui jouissent d'une très grande autonomie. Les infirmiers sont plus exposés, avec pour certains des possibilités (illégales) d'emploi dans le secteur privé. Quant aux gestionnaires locaux, amenés parfois à tolérer certaines situations du fait de leurs difficultés à sanctionner positivement ou négativement les personnels soignants, ils pensent n'avoir qu'une autorité réduite entre le niveau le plus périphérique et le niveau central.

Des opportunités existent cependant, si l'on en juge par les capacités et des demandes de formation, par une demande de 'justice' (récompense de la performance) qui rencontrent la volonté du Ministère. Le problème du ratio médecins/infirmiers devrait être résolu grâce au recrutement massif d'infirmiers. Le nombre important de médecins, notamment dans les centres de santé, peut être transformé en une opportunité pour renforcer une médecine davantage centrée sur les patients.

Sommaire

1	L'APPROCHE.....	5
1.1	LA GENÈSE DU PROJET	5
1.2	LA MÉTHODE	6
1.2.1	<i>Choix des thèmes et des acteurs</i>	6
1.2.2	<i>Choix des structures de soins</i>	7
1.2.3	<i>La grille d'entretien</i>	8
2	RÉSULTATS	9
2.1	LA DÉMOTIVATION : UN PROBLÈME ANCIEN QUI INCOMBE AUX « RESPONSABLES »	9
2.2	L'ORGANISATION DU TRAVAIL.....	11
2.2.1	<i>L'absentéisme des personnels de santé : une réalité relative ?</i>	11
2.2.2	<i>L'horaire continu inadapté</i>	13
2.2.3	<i>La surcharge de travail des paramédicaux dans les hôpitaux</i>	13
2.3	LES PERSONNELS	14
2.4	CONSTITUER UNE ÉQUIPE.....	16
2.5	DIFFÉRENCIER LES PERFORMANCES DES ÉTABLISSEMENTS ET DES PERSONNELS	18
2.5.1	<i>L'évaluation des performances individuelles</i>	18
2.5.2	<i>La mesure de la performance des institutions</i>	19
2.6	LA FORMATION, FACTEUR DE MOTIVATION ?.....	22
2.6.1	<i>Importance de la formation</i>	22
2.6.2	<i>Les freins à la participation aux formations</i>	22
2.6.3	<i>Les besoins de formation</i>	23
2.6.4	<i>Les destinataires de la formation</i>	23
2.7	CONDITIONS DE TRAVAIL.....	24
2.8	L'ATTRACTIVITÉ DU SECTEUR PRIVÉ	26
2.9	DES MALADES DE PLUS EN PLUS EXIGEANTS	27
3	CONCLUSION	29

1 L'approche

1.1 La genèse du projet

Cette étude se situe dans la continuité des travaux du projet « Health care for all. Volet 'professionnalisme' Raamakoord » de l'IMT, menés sous l'égide de la DHSA sur la qualité des soins et soutenu par la Direction générale de la coopération au développement belge*. Pour mémoire, ce projet a déjà donné lieu à une première étude réalisée en 2005-2006 sur la perception par les personnels de santé des audits basés sur les critères dans quelques services hospitaliers de Casablanca en vue de l'amélioration de la qualité des soins¹.

La présente étude fait suite à une demande exprimée par le Wali de Casablanca. En vertu, d'une convention cadre de partenariat et de coopération entre le Ministère de la santé, la Wilaya de la région du Grand Casablanca, l'Assemblée de la Région du Grand Casablanca, l'Assemblée de la Commune Urbaine de la Région du Grand Casablanca, et l'Assemblée préfectorale de Casablanca (portant notamment sur la période 2006-2008), les collectivités locales se sont engagées dans un programme d'amélioration des services de santé du secteur public de la région du Grand Casablanca. Le montant total de l'opération s'élève à 350.000.000 Drh financé à 50% par l'État et à 50% par les collectivités locales. Or aujourd'hui, le sentiment prévaut, tant auprès des collectivités locales que des directions du niveau central et régional que les résultats attendus ne sont pas à la hauteur des investissements consentis et que le manque de résultat serait lié au manque de motivation des personnels de santé. Un directeur du niveau central constatait : « On a instauré une prime de responsabilité, les budgets ont augmenté, les hôpitaux ont de plus en plus de ressources, il y a eu une augmentation des rémunérations, et peu de changement ». Quant au Wali de Casablanca, il nous déclarait que la convention évoquée ci-dessus avait pour but « d'optimiser les services de santé, mettre les cadres qu'il faut, là où il faut. [Or aujourd'hui] tout le monde se plaint : du fait de l'absentéisme dans les centres de santé, les urgences sont engorgées et dysfonctionnent. Aussi, on reçoit des plaintes de la part des populations. La santé est le secteur dont on se plaint le plus ».

Ce constat a été évoqué auprès du Directeur régional de la santé du Grand Casablanca, qui lui-même s'est adressé à la DHSA. Eu égard au travail que l'équipe IMT-IRD avait déjà réalisé pour la DHSA sur la question de la qualité des soins, et en particulier sur les audits cliniques, cette préoccupation relative à la démotivation des personnels de santé a été transmise à notre équipe, et nous avons décidé d'y répondre positivement, au nom de l'INAS. Il importe de préciser que cette étude n'a fait l'objet d'aucune commande précise, et partant, d'aucun terme de référence écrit. Il nous a été demandé de tenter de documenter la question de la démotivation des personnels de santé de la région du Grand Casablanca, sans autre précision.

* Nous remercions tous nos interlocuteurs de la Délégation régionale de la santé de la région sanitaire du Grand Casablanca, des Délégations préfectorales de la santé, des hôpitaux et des centres de santé qui ont bien voulu nous recevoir et pris le temps de répondre à nos questions. Nous remercions tout particulièrement le Dr O. El Mnezhzi et le Dr A. Sahel, pour leur aide et leur appui pour la réalisation de cette étude. Nos remerciements vont aussi à Monsieur le Wali de Casablanca.

¹ BLAISE P., GRUÉNAIS M.E., SAHEL A., NANI S., DE BROUWERE V, « Does clinical audit promote professional reflexivity? The experience of Casablanca public hospitals in Morocco with quality of care improvement », 9th Toulon-Verona Conference, Quality in services, Paisley, Scotland, 7-8 September 2006.

1.2 La méthode

1.2.1 Choix des thèmes et des acteurs

Dans un premier temps, le Directeur régional de la santé du Grand Casablanca a organisé une réunion de l'ensemble des membres du staff de la DRS du Grand Casablanca pour une discussion sur les manifestations et les raisons de la démotivation des personnels de santé. Cette réunion a permis d'identifier nombre de mots et d'expressions « clefs » permettant d'orienter la recherche : absentéisme, manque d'adhésion aux projets, formation, conditions de travail, attirance pour le privé, corruption, mauvais accueil, etc., qui devaient être autant de thèmes à évoquer lors des entretiens à réaliser. Nous sommes également convenus, au cours de cette réunion, de mettre l'accent sur les prestataires (médecins et personnels infirmiers). Il s'agissait ainsi de se situer d'emblée du côté des relations entre usagers et prestataires, niveau très sensible, très visible, et aussi souvent très médiatisé. Cette option, n'était pas partagée par tous les interlocuteurs rencontrés au cours de l'enquête : pour certains, il convenait de mettre plutôt l'accent sur les acteurs clefs des organisations (directeurs d'hôpitaux, chefs de service, directeurs de département...), ou sur les gestionnaires ou encore sur le personnel administratif.

Ces deux options ne sont pas nécessairement contradictoires. Elles renvoient à deux manières d'appréhender cette question de la « démotivation » : la démotivation en tant que question liée à l'organisation, au leadership, à la gestion des établissements *versus* la « démotivation » repérable ou ressentie à l'occasion des interactions au quotidien avec la population desservie par les établissements publics. Nous avons mis l'accent sur les prestations (tout autant que sur les prestataires) ; outre les prestataires, nous avons aussi interrogé les cadres régionaux du Ministère de la santé, ainsi que des personnels administratifs des hôpitaux (ces derniers, d'ailleurs, à la demande de directeurs d'hôpitaux), soit des personnels non impliqués dans une activité de soins. Nous avons donc recueilli les points de vue des gestionnaires et des prestataires dont nous rendrons compte ci-dessous. Nous nous sommes entretenus avec les acteurs suivants :

- Monsieur le Wali de Casablanca ;
- Directeurs de directions techniques du Ministère de la santé ;
- Membres du staff de la DRS du Grand Casablanca ;
- Délégués et médecins chefs de SIAAP ;
- Directeurs d'hôpitaux ;
- Médecins hospitaliers et de centres de santé ;
- Infirmiers d'hôpitaux et de centres de santé ;
- Personnels administratifs d'hôpitaux.

Nous nous sommes limités aux acteurs des services de santé. Il est bien évident que les points de vue de beaucoup d'autres types d'acteurs auraient pu être recueillis pour enrichir l'analyse. Si l'étude devait se poursuivre, il serait souhaitable d'interroger également des représentants d'organisations syndicales en tant que tels², des représentants d'associations de malades et d'associations de consommateurs, des élus, et bien sûr, des usagers des services de santé. Cependant, il s'agirait là d'une étude d'une toute autre ampleur, avec un élargissement de la problématique au problème ressenti par la « société civile » et les bénéficiaires. Le temps qui nous était imparti ne nous a pas permis de nous adresser à ces acteurs de la société civile. Les

² Certains personnels de santé interrogés étaient aussi des représentants d'organisations syndicales mais ils n'ont pas été abordés en tant que tels.

résultats de l'enquête que nous présentons ici sont donc limités au point de vue des questionnaires et des personnels de santé.

1.2.2 Choix des structures de soins

Dans ce travail qualitatif, qui privilégie la diversité des situations et non la représentativité, il a fallu établir des critères de choix des structures dont les personnels devaient être interrogés. Il ne pouvait en effet être question d'enquêter auprès de l'ensemble des établissements de soins de la région sanitaire du Grand Casablanca ; en concertation avec la DHSA et la DRS du Grand Casablanca, nous avons arrêté la stratégie suivante.

Il s'agissait tout d'abord de ne pas se limiter aux personnels des seuls hôpitaux du Ministère de la santé, mais de prendre en compte aussi les centres de santé publics. Chaque type de structure a évidemment ses problèmes spécifiques, et nous tenterons de souligner ces spécificités dans la présentation des résultats ; mais la spécificité, nous le verrons également, peut aussi être liée à la localisation des établissements. Il nous semblait important de nous intéresser aux centres de santé dans la mesure où ils sont censés être la porte d'entrée dans le système de soins et donc les lieux de premier contact avec les usagers. C'est aussi dans les centres de santé que les personnels de santé ont à traiter les maux les plus « ordinaires », qui demandent bien d'autres compétences que seulement techniques et cliniques³. Dès lors, l'hypothèse était ici, pour justifier le choix, que les centres de santé étaient aussi les lieux où la majorité de la population ainsi que la majorité des personnels pouvaient ressentir la « démotivation », en raison de la facilité d'accès pour l'ensemble de la population, des plateaux techniques nécessairement limités et de la faible spécificité des prestations. Là aussi, nous verrons que les situations observées appellent à une relativisation d'une telle hypothèse.

Les centres de santé et les hôpitaux retenus pour l'étude sont le résultat d'une sélection dans deux groupes : un groupe de structures situées dans des quartiers sans problème, et un groupe d'établissements considérés « à problèmes », en raison de leur localisation et de la population desservie notamment. L'hypothèse, simple, était que la « performance » ou au contraire « les problèmes » des structures pouvaient avoir une relation avec la plus ou moins grande « motivation » des personnels de santé.

Au cours de l'enquête, seul l'investigateur principal était informé de la distinction établie entre établissements situés dans des « bons quartiers » et établissements situés dans des « quartiers à problème ». Cependant, il s'est avéré au cours de l'enquête, pour l'investigateur principal, que cette distinction était peu pertinente pour une étude qui se rapporte essentiellement aux perceptions. En toute franchise, sur le terrain, l'investigateur principal est venu à en oublier totalement la distinction « sans problème/à problème ». De plus, au regard de certaines déclarations et de certaines attitudes se rapportant aux variables identifiées que nous avons reliées à la question de la démotivation (par exemple, esprit d'équipe, adhésion aux réformes, légitimité reconnue du leadership, etc.), l'hypothèse du lien entre motivation et performance mesurée ou ressentie et localisation de la structure nous semble devoir être relativisée.

Au bout du compte, nous avons réalisé des entretiens auprès de personnels (responsables de la structure, médecins, infirmiers, et parfois personnels administratifs à la demande des responsables de structure) de 6 centres de santé et de 5 hôpitaux, ainsi qu'avec les médecins

³ Ces formulations, qui sont de notre fait, résument les opinions largement partagées par les personnels de santé, et qui peuvent refléter, selon les locuteurs, la particularité de la pratique dans les établissements de soins de santé de base, et/ou une faible valorisation de la pratique soignante dans ces structures.

chefs de SIAAP et les Délégués dont ces établissements dépendent. C'est au total des personnels de tout statut relevant de 6 délégations préfectorales différentes sur les 11 que compte la région du Grand Casablanca qui ont été interrogés.

1.2.3 La grille d'entretien

Nous avons procédé à des entretiens à partir d'une grille présentée ci-dessous (Encadré 1). La collecte des données a commencé le 21/09/2007, mais l'essentiel des informations a été recueilli au cours d'une phase intensive d'enquête⁴ qui s'est déroulée du 5 au 11 novembre 2007. Au total, nous avons réalisé 31 d'entretiens, certains en groupe, d'autres individuellement ; tous les entretiens ont été réalisés *in situ* (Délégations, hôpitaux, centres de santé).

ENCADRÉ 1. GRILLE D'ENTRETIEN

- Q1. Beaucoup de moyens, dit-on, ont été mis dans les structures de soins. Or on entend aussi dire que cela n'a pas permis de changer grand-chose. Pourquoi ?
- Q2. On entend beaucoup de plaintes sur le mauvais accueil dans les structures de soins.
 - o Ces plaintes sont-elles justifiées ? Y a-t-il vraiment un mauvais accueil ?
 - o Pourquoi y a-t-il ce mauvais accueil
- Q3. On parle de la « démotivation » des personnels de santé.
 - o Comment s'exprime cette démotivation ? Donner des exemples ?
 - o Pourquoi cette démotivation ? Quelles causes ?
- Q4. Une des principales manifestations de cette démotivation serait l'absentéisme.
 - o Pourquoi cet absentéisme ?
- Q5. On dit que les mêmes types de personnels, lorsqu'ils travaillent dans le privé, « travailleraient mieux » (moins d'absentéisme, plus d'attention aux patients, etc.)
 - o Est-ce vrai ? Qu'en pensez-vous ?
 - o Pour quelles raisons travaillerait-on mieux/moins bien dans le privé ?
- Q6. Un concours qualité a été organisé dans un certain nombre de structures de soins sur une base volontaire
 - o Votre établissement a-t-il participé à ce concours ? Oui/non ? Pourquoi ?
 - o Si oui, avez-vous eu connaissance de votre classement ?
 - o Si oui, ce classement est-il juste ? Oui/non ? Pourquoi ?
- Q7. Pour augmenter la motivation des personnels :
 - o L'augmentation de salaires suffirait-elle ?
 - o L'amélioration des conditions de travail suffirait-elle ?
 - o L'augmentation du nombre de formations, serait-elle une solution ?
- Q8. Quelle est la partie de votre travail qui vous plaît le moins ?
- Q9. Quelle est la partie de votre travail qui vous donne le plus de satisfaction personnelle ?
- Q10. S'il y avait une recommandation, une suggestion, unique, pour augmenter la motivation, selon vous, quelle serait-elle ?

⁴ Les entretiens ont été réalisés et transcrits par M.E. Gruénais, N. Rachih, A. Bousbaa et T. Houssam.

Comme toute grille d'entretien, il s'agit là d'une trame pour orienter la discussion dans le cadre d'entretiens semi-directifs. Les entretiens nous ont bien évidemment conduits à aborder des thèmes qui ne figuraient pas explicitement dans la grille présentée ci-dessus, et c'est à mesure des entretiens que les thèmes se sont imposés. Les principaux thèmes abordés et qui seront donc autant d'éléments qui nous serviront ci-dessous à organiser la présentation ressortissent aux points suivants :

- Réaliser une étude sur la motivation des personnels de santé aujourd'hui est-il justifié ?
- L'organisation du travail est-elle adaptée ?
- La différenciation selon la performance est-elle possible ?
- La formation continue peut-elle être un facteur de motivation ?
- Les personnels soignants sont-ils suffisamment reconnus ?
- Le travail d'équipe doit-il et peut-il être favorisé ?
- Quelles sont les conditions de travail à améliorer pour influencer la motivation ?
- Les activités dans le secteur privé concurrencent-elles les activités dans le secteur public ?
- Les attitudes des usagers des structures de soins influent-elles sur les attitudes des soignants ?

Si, comme nous l'avons déjà précisé, cette étude qualitative sur les perceptions des conditions de travail et des facteurs qui pourraient influencer sur la motivation des personnels de santé est très loin d'être exhaustive et représentative, néanmoins, il s'est avéré dès avant le terme des entretiens que nous arrivions déjà à saturation. En d'autres termes, tout nouvel entretien sur les mêmes thèmes et auprès des mêmes types d'acteurs d'autres délégations ou d'autres structures de soins ne nous aurait apporté qu'un supplément d'information marginal.

2 Résultats

2.1 La démotivation : un problème ancien qui incombe aux « responsables »

Une circulaire du Ministre de la santé, datée du 12 mars 1975, se rapportant aux conditions d'absence des personnels de santé dans les structures de soins, commence par la phrase suivante : « Il a été constaté que le nombre des absences de courte durée du personnel de la Santé publique augmente dans des proportions anormales et de ce fait gêne le fonctionnement régulier des services tant techniques qu'administratifs ». Si l'absentéisme des personnels de santé est à considérer comme une des manifestations les plus patentes de la démotivation (c'est du moins ce qui ressort d'entretiens avec des cadres des niveaux régional et central), alors nul doute que cette question de la démotivation est un problème récurrent au Maroc⁵.

D'une manière générale, la grande majorité des personnes rencontrées se sont volontiers prêtées au jeu des réponses à nos questions. Néanmoins, chez les personnels soignants, la présentation de l'étude et les questions posées au début des entretiens ont souvent suscité des réactions très critiques à l'égard de notre démarche.

⁵ On peut à cet égard relever que régulièrement des écoles professionnelles de formation de cadres en santé produisent des mémoires sur la question de la démotivation. Citons, à titre d'exemple : ASSANE M. (2006), *Les facteurs de démotivation des infirmiers. Cas de l'hôpital Ibn Sina*, Rabat, Institut de Formation aux Carrières de Santé ; L'RHATI A. (1999), *Étude de l'absentéisme - maladie chez le personnel de santé (cas de la préfecture médicale de Ben Msik Sidi Othmane - Casablanca*, Rennes, Faculté de Médecine, Institut universitaire de Médecine du travail (Diplôme de médecine du travail et d'ergonomie) ; EL MOUJAHID M (1997), *Étude de l'absentéisme - maladie chez les personnels de santé (cas de la préfecture Marrakech Ménara)*, Rabat, Institut National d'Administration Sanitaire (Mémoire pour l'obtention du diplôme en Administration de la santé).

Tout d'abord, il est apparu très nettement que face aux récriminations des services centraux et de la presse notamment, les personnels de santé se considéraient parfois comme des boucs émissaires. C'est alors un certain sentiment d'injustice face aux critiques qui prévalait. Ainsi, la presse est accusée d'exagérer, de monter en épingle des événements mineurs, de n'instruire qu'à charge et de déformer la réalité. Parfois, les articles critiquant très durement certaines attitudes des personnels de santé sont ressentis comme des règlements de compte. Face à « l'injustice d'une presse à sensation », pour reprendre une expression entendue, les personnels de santé et les gestionnaires⁶ locaux de la santé ressentent une certaine frustration liée à l'impossibilité d'exercer un droit de réponse ; seul le sommet de la hiérarchie aurait légitimité à exercer ce droit de réponse, et les personnels incriminés, contraints de rester passifs, ont le sentiment de rester en position d'accusés. Il s'agit là, nous a-t-on dit, d'un important facteur de démotivation. L'injustice ressentie tient aussi au fait que l'on incriminerait tout particulièrement le secteur de la santé alors même que des situations analogues sont identifiables dans bien d'autres secteurs de l'administration publique, et, comme nous déclarait un médecin :

« Nous, on perd confiance ! On est face à tous les demandeurs, à la presse, à la population. L'ascenseur ne marche pas ; le téléphone ne marche pas ; s'il y a un décès, on doit porter le corps avec la famille faute de brancardiers. Vous vivez ces problèmes tous les jours ! ».

Des personnels de santé ont eu à relever le manque de pertinence de la question que nous posions :

« 'Démotivation' ? C'est un terme politique. La démotivation est partout, et on veut tout faire endosser par le secteur de la santé. On se dédouane sur les personnels de santé. On fait plus que n'importe quel autre secteur. Démotivation ? C'est un terme lancé bêtement ! Les gens font un énorme travail, et ne sont pas récompensés. Les gens sont très motivés ! » (un médecin).

Les personnels au sommet de la hiérarchie ont donc été très souvent mis en cause, par les médecins et les infirmiers, et jugés responsables de la situation actuelle de défiance à l'égard des personnels de santé ; citons à cet égard quelques propos relevés parmi les infirmiers et les médecins :

« Ceux qui sont démotivés, sont ceux qui sont à la tête ! »

« Il y a un problème de coordination entre les décideurs et les praticiens de terrain. Il n'y a même pas de motivation morale ! »

« On a fait de nous les ennemis du citoyen ; ils ont réussi à mettre un écran entre nous et la population. Pourtant, nous fournissons des efforts énormes. C'est fait exprès pour nous blesser ! »

« Nous sommes devenus les ennemis des citoyens, c'est le fait des responsables ! »

⁶ Dans la suite du texte, nous appellerons « gestionnaires » les gestionnaires de la santé qui ne sont pas dans une activité de soins : médecins chef de SIAAP, chefs de Délégation, cadres liés à la Direction Régionale, directeurs d'hôpitaux (mais beaucoup de directeurs d'hôpitaux exercent encore).

Le malaise ainsi exprimé par médecins et infirmiers allait jusqu'à la remise en cause de l'étude, tout un chacun connaissant le diagnostic :

« L'État sait très bien ce qu'il en est. Il cherche le calme dans les services. Nous écoute-t-on ? Nous sommes moins bien payés que dans l'enseignement. Les responsables sont-ils sérieux ? On aime rendre service, on aime notre pays ! Mais que fait-on de l'argent ? Je n'aime pas être exploité ! » (un infirmier).

L'agacement ressenti initialement par certains à l'égard de notre démarche a culminé avec des réactions parfois très vives des personnels soignants, et tout particulièrement des médecins. En effet, au début de chaque entretien, pour présenter l'étude, nous n'avons jamais caché à nos interlocuteurs ce qui avait été à l'origine du travail, à savoir la demande émanant du Wali de Casablanca. A trois reprises, à l'occasion de réunions dans les hôpitaux, cette présentation de l'étude a suscité des réactions négatives de médecins, ceux-ci déniaient toute légitimité à un représentant de l'État, et plus précisément du Ministère de l'intérieur, comme le Wali, de vouloir s'immiscer dans le domaine de la santé. Deux des trois réunions en questions ont d'ailleurs même été interrompues par des médecins qui ont refusé de nous répondre et ont exigé de rencontrer un responsable du Ministère de la santé avant de commencer à répondre à nos questions. Fort heureusement, ces situations ont été exceptionnelles, et le plus souvent nous avons été considérés comme des alliés potentiels susceptibles de transmettre « au niveau central » un ensemble de doléances ayant trait au manque de personnels, aux conditions de travail, à l'absence de primes, etc.

2.2 L'organisation du travail

2.2.1 L'absentéisme des personnels de santé : une réalité relative ?

Une des principales manifestations ressenties de l'absence de motivation est l'absentéisme des personnels soignants, et principalement des médecins, et plus particulièrement des spécialistes exerçant dans les hôpitaux. Ce constat émane bien évidemment des questionnaires, et l'un de ceux-ci nous déclarait ironiquement, alors que nous débattions des outils qui pourraient permettre de documenter cet absentéisme, qu'un des indicateurs « objectifs » était l'absence de véhicules dans les parkings des hôpitaux après 12h (sous-entendu, on l'aura compris, on peut mesurer la présence des médecins à la présence de leur voiture dans les parkings des hôpitaux).

Du côté des soignants, il n'y a évidemment pas consensus sur ce constat d'absentéisme, notion qui apparaît très relative dans les propos recueillis. Parmi nos interlocuteurs des centres de santé, certains niaient qu'il y ait un quelconque absentéisme dans leur structure ; ceux-ci précisaient notamment que même lorsqu'il n'y avait plus de patients à consulter les après-midi, les personnels se consacraient aux programmes. Mais les activités non curatives axées sur les programmes à réaliser les après-midi étaient plutôt considérées par des personnels d'autres centres comme un pis-aller : « Il n'y a plus personne dans les centres de santé après 13h, il est donc inutile de rester dans le centre s'il n'y a plus de consultations ; il faut alors trouver des occupations aux personnels, penser à meubler leur temps » (un médecin responsable de CS).

Dans d'autres établissements, plutôt dans les établissements hospitaliers, on estime que l'absentéisme n'est pas nécessairement une question de présence à son poste, mais plutôt une question de « rendement » : « Il n'y a pas d'absentéisme. En fait, il y a plutôt un absentéisme au niveau du rendement, parce que si la personne ne donne rien et ne travaille pas comme il le

faut, elle est considérée comme absente. La présence physique, c'est une chose ; mais le problème est surtout lorsque l'on ne produit pas. S'il y a un rendement, on peut être tolérant sur les retards » (un gestionnaire). C'est ce qui ressort également très clairement à propos de certains spécialistes, comme les chirurgiens, qui de l'avis de tous, n'ont pas besoin de rester à l'hôpital si toutes les opérations qu'ils devaient réaliser ont été effectuées. Aussi, comme nous le déclarait un médecin-chef de SIAAP, définir l'absentéisme « c'est très, très difficile... c'est le problème de quelqu'un qui ne se présente pas à son travail. Moi je parlerai plutôt de retard. Les gens ne s'absentent pas, les gens travaillent, et quand ils travaillent ils laissent des traces, ce qui fait que quand il y a un temps libre ils peuvent échapper un certain moment ». Cela signifie-t-il qu'il convient de ne pas avoir une conception stricte de l'absentéisme qui se limiterait au temps de présence à son poste de travail ?

Les médecins sont reconnus pour avoir une tendance plus prononcée à s'absenter que les personnels paramédicaux, mais ces derniers se disent parfois influencés par l'attitude des premiers : « Les médecins travaillent 2 heures par jour et donnent le mauvais exemple. On a aussi des problèmes d'absentéisme chez les majors. Nous sommes complices » (un infirmier).

Mais un des leitmotivs à propos de l'absentéisme des médecins (dans les propos recueillis auprès des gestionnaires, des médecins et des paramédicaux, tant dans les hôpitaux que dans les centres de santé) est le manque de place des médecins pour travailler. Ainsi, pour rester sur l'exemple des chirurgiens qui est revenu à plusieurs reprises, il n'y aurait pas suffisamment de blocs pour que tous les chirurgiens puissent opérer ; certains chirurgiens iraient même à prendre la position d'aide-opérateur afin « de ne pas perdre la main », tant les équipements et les personnels des blocs seraient insuffisants pour que chaque chirurgien puisse opérer. Ce manque de place pour travailler vaut aussi pour les centres de santé : il n'y aurait pas toujours suffisamment de bureaux pour que tous les médecins affectés à une structure de soins puissent consulter simultanément. Insuffisance de locaux ou sureffectif des médecins dans certains cas ? La question se pose d'autant plus que la région de Casablanca offre une certaine spécificité, attire les personnels de santé, et les affectations des personnels ne répondent pas toujours aux besoins exprimés, nous y reviendrons. Dans ces conditions, il nous a été dit que les médecins s'arrangent entre eux pour organiser leurs absences ou leurs retards.

Quelles que soient les justifications de cet état de fait, il apparaît très difficile aux gestionnaires de pouvoir contrôler le temps de présence des médecins à leur poste. Si une absence ne semble pas justifiée, il est impossible d'envisager une sanction, voire même de faire une simple remarque. Les propos ci-dessous d'un directeur d'hôpital sont particulièrement illustratifs du problème ressenti par nombre de gestionnaires rencontrés :

« Il est difficile de sanctionner quelqu'un. Le personnel sait que l'on ne peut pas faire grand-chose, c'est alors une source de démotivation. En cas d'absence, on produit un certificat médical. S'il y a conflit, le personnel monte chez le directeur, les syndicats s'en mêlent. Si je devais punir, je punirais la moitié de l'hôpital. Le personnel est fonctionnaire. Ce qu'on peut juger, ce n'est guère la pratique, mais davantage la présence, et c'est difficile à gérer. Il y a 45 médecins à l'hôpital ; si on va dans les services maintenant (il était 14h), on en trouvera peut-être 10. Si je fais une remarque, on va me produire un certificat médical ».

Certes, nous disait-on ailleurs, il y a toujours la possibilité de vérifier si le certificat produit est un certificat de complaisance ou non ; si le certificat est d'une durée supérieure à 5 jours,

on peut toujours saisir la commission médicale, effectuer une contre-visite et/ou faire une visite à domicile. Mais on peut se demander si de telles mesures sont parfois effectivement prises, eu égard notamment à la lourdeur de la procédure, et au risque d'une sanction qui pourrait avoir les effets inverses de ceux escomptés, à savoir démotiver encore un peu plus le personnel sanctionné.

D'une manière générale les médecins, et plus particulièrement les spécialistes, apparaissent pour les gestionnaires de la santé comme un corps difficile à gérer, et dont la notoriété et le statut leur confèreraient a priori un droit à disposer de leur temps comme ils veulent. Disposer de son temps à sa guise est-ce aussi se réserver une période pour pouvoir exercer dans le secteur privé ? Là encore, reconnaissait un de nos interlocuteurs, il convient de faire preuve d'une certaine tolérance à l'égard de l'exercice dans le secteur privé. En résumé, envisager de sanctionner les absences, et vouloir limiter l'exercice dans le secteur privé, c'est s'exposer à la production de certificats médicaux, et donc peut-être à un absentéisme accru, sans compter qu'une telle sanction serait d'autant moins recevable que les médecins sont parfois en sureffectif par rapport aux locaux disponibles.

2.2.2 L'horaire continu inadapté

« L'horaire continu est un facteur de démotivation », nous déclarait un infirmier. Il s'agit là d'une plainte récurrente entendue auprès de tous les personnels soignants. Une des raisons majeures évoquées est le problème des enfants des personnels de santé à aller chercher à l'école et de l'absence de possibilité de déjeuner en famille, moment très valorisé, nous a-t-on dit, dans la « culture marocaine ». L'absence « d'accompagnement social », pour reprendre l'expression entendue plusieurs fois, en faveur des personnels soignants, soit notamment l'absence de crèche pour les enfants des personnels et une restauration très réduite sinon inexistante sur le lieu de travail rendraient les journées de travail particulièrement contraignantes. Alors, selon un directeur d'hôpital, les problèmes personnels finissent par retentir sur la qualité du travail.

Mais, aux dires des personnels soignants, se sont aussi les patients qui ne parviennent pas à s'adapter à l'horaire continu. Tous les patients voudraient être consultés en même temps, le matin, avant 12 heures ; « les gens ne viennent pas l'après-midi, c'est une culture », déclarent les personnels soignants mais aussi les gestionnaires. Les soignants subiraient donc ainsi une pression particulière dans la matinée, pression qui nuit à la qualité des consultations qui sont donc nécessairement écourtées pour chaque patient. L'après-midi, notamment dans les centres de santé, il n'y a plus personne, il n'y a plus grand-chose à faire et, comme nous l'avons entendu à plusieurs reprises « on meuble le temps », en remplissant les fiches journalières d'information, en stérilisant les instruments, etc.

Un directeur d'hôpital reconnaissait également qu'il y avait bien une surcharge de travail les deux premières heures de la matinée, tout en reconnaissant que des médecins n'arrivaient pas à leur poste de travail avant 10 heures. L'horaire continu ne conviendrait donc ni aux personnels ni aux patients.

2.2.3 La surcharge de travail des paramédicaux dans les hôpitaux

Le constat de désœuvrement relatif lié, finalement, au temps libre dont certains médecins d'hôpitaux et de centres de santé font état, n'est pas partagé par tout le monde, loin s'en faut. Les infirmiers en général, et les infirmiers des hôpitaux, plus particulièrement semblent en revanche plutôt surchargés de travail. Cette situation est manifestement liée au recrutement

insuffisant de personnels paramédicaux reconnus par tous nos interlocuteurs, et partant au vieillissement de ceux qui sont en poste aujourd'hui.

Des infirmiers travaillant dans les centres de santé en plus de leur travail en tant que soignants déclarent aussi avoir à réaliser toute une série d'activités liées notamment aux programmes préventifs des Délégations : hygiène scolaire, vaccination, programme de lutte contre la tuberculose, diffusion des micronutriments, etc. Très classiquement, ces personnels se plaignent aussi du nombre de registres à remplir : « Il faut voir le nombre de registres à remplir, l'infirmière doit suivre cinq programmes, chacun a son registre : il y a la vaccination, la pesée, les femmes enceintes, le pré et le post natal. La paperasse peut être nécessaire, mais on n'a pas le personnel pour la remplir » (un responsable de centre de santé).

La gestion par programme serait donc une des causes de la surcharge de travail. Or l'information à recueillir est parfois difficile à obtenir : les usagers tolèrent mal qu'on leur demande leur carte d'identité pour relever quelques caractéristiques du patient (nom, prénom, âge, etc.), et les adresses données sont souvent d'une grande imprécision. Dans les hôpitaux, la charge de travail incombant aux paramédicaux est qualifiée par certains infirmiers comme « dépassant ce qui est humainement acceptable », par exemple quand une infirmière doit prendre en charge seule des malades occupant deux salles d'hospitalisation.

Cette surcharge de travail serait particulièrement manifeste dans des structures situées dans des zones à forte densité de population qui sont aussi des zones de migration et d'attraction, en général. A cet égard, certains personnels se plaignent de l'absence de sectorisation du recrutement : alors qu'un certain nombre de démarches administratives (certificat de résidence, acte de naissance, etc.) ne peuvent être effectuées que dans son aire de résidence administrative, l'hôpital reçoit tout le monde, venant de tous les horizons géographiques. Autrement dit, les personnels se plaignent de l'absence d'une population de responsabilité que desservirait leur hôpital et qui permettrait de limiter l'affluence.

Le déséquilibre ressenti entre le nombre de médecins et le nombre d'infirmiers tendrait à augmenter la charge de travail des seconds. Plus il y a de médecins dans un centre, plus il y a d'actes à réaliser (prélèvements, soins, dispensation de médicaments). La parole du médecin ayant force de loi pour les patients, et les infirmiers n'ayant pas toujours le temps de satisfaire immédiatement les prescriptions du médecin, la tension entre usagers et infirmiers s'accroît d'autant. Certains infirmiers n'hésitaient pas alors à évoquer des disputes entre médecins et infirmiers, qui viennent encore s'ajouter au stress de leur métier (ils côtoient la mort, le sang, n'ont pas toujours les moyens de sauver des vies...).

2.3 Les personnels

Le constat d'un sureffectif des médecins par rapport au nombre d'infirmiers dans les centres de santé et les hôpitaux de Casablanca est général. Le nombre de médecins est jugé suffisant, voire pléthorique par certains. Cette situation est attribuée au fait que le niveau central ne prend pas en compte les besoins exprimés par le niveau périphérique. A titre d'exemple, voici les propos recueillis d'un directeur d'hôpital :

« Récemment, nous avons reçu 12 médecins généralistes et 1 infirmier, alors que notre demande était de 3 médecins généralistes et de 20 infirmiers. Ce sont surtout des femmes qui ont rejoint leur mari. Les syndicats interviennent pour favoriser le regroupement

familial. C'est difficile de placer ces médecins. On va alors demander à certains de faire la vaccination »

Il ne s'agit là que d'un extrait d'un entretien, mais nous avons pu recueillir ce type de propos auprès de tous les gestionnaires rencontrés. Le niveau périphérique exprime donc des besoins dont le niveau central ne tiendrait pas compte ; il affecterait qui il veut là où il veut et cela amènerait parfois à affecter des médecins là où on n'en a pas besoin, nous confiait un gestionnaire. A cela s'ajoute deux constats qui nous ont été régulièrement rapportés. D'une part, on assiste à une féminisation de la profession médicale à Casablanca, ce qui pourrait entraîner des perturbations supplémentaires dans le bon déroulement des services liées, par exemple, aux absences en raison de congés de maternité, du temps à consacrer aux enfants et aux repas (cf. ci-dessus)⁷, mais aussi aux difficultés de placer les femmes médecins dans des zones très populaires pour des raisons d'insécurité croissante dans certains quartiers. Autre point qui nous a été mentionné : l'affectation dans la région de Casablanca est un aboutissement dans une carrière, et certains personnels bénéficieraient d'appuis importants pour être affectés dans les structures de leur choix⁸.

Aussi, on comprendra que pour les gestionnaires (Délégués, médecins chefs de SIAAP) cette situation est difficile à gérer. La faible prise en compte de leurs besoins en personnels affecte leur crédibilité et leur autorité ; d'autant plus qu'ils n'ont souvent rien à dire sur les décisions d'affectation. Tout au plus, ces gestionnaires ont des possibilités limitées de redéploiement de ces personnels dont ils n'ont pas toujours besoin : les personnels sont affectés dans une structure et les gestionnaires ont le choix de décider du service dans lequel ce personnel travaillera au sein de la structure ; ils ont plus difficilement la possibilité de décider de l'affectation des personnels dans la circonscription de leur choix.

Comme nous l'avons déjà signalé, c'est surtout le personnel infirmier qui fait cruellement défaut :

« On manque de personnels infirmiers. Sur 16 CS de la délégation, 9 fonctionnent seulement avec 2 infirmiers, il s'agit d'infirmiers âgés, qui ont déjà roulé leur bosse. Le problème est que les nouvelles affectations sont pour le milieu rural et non pour le milieu urbain qui est oublié. Le niveau de rémunération est très bas. En rural, l'infirmier a des avantages : il est logé par le Ministère ou le Caïd, il se marie sur place, etc., aussi il est rare de recevoir des demandes de mutation du rural vers l'urbain » (un délégué).

Ce manque de personnels est également considéré comme une source de démotivation des médecins qui considèrent qu'ils sont limités dans leurs actes du fait que ceux-ci ne pourront pas tous être exécutés. C'est aussi une source de démotivation des personnels infirmiers, qui doivent faire face à une surcharge de travail, et dont l'espoir d'être remplacés ou mutés s'amenuise à mesure du vieillissement de leur corps. A cela vient s'ajouter le sentiment du peu de cas fait par le niveau central du milieu urbain comme signalé ci-dessus, une profession dont la réglementation est très ancienne et qui ne tient pas compte de l'évolution de la

⁷ En fait, lorsque l'on sait que dans certains établissements, il peut y avoir un sureffectif de médecins, notamment par rapport au nombre d'infirmiers, ce thème des conséquences de la féminisation de la profession sur la bonne marche des services relève parfois davantage d'idées reçues que de l'observation documentée de la réalité.

⁸ Les termes de « planqués » ou de « pistonnés » pour qualifier des médecins ont été relevés plusieurs fois dans des discours de gestionnaires et d'infirmiers.

technicité des pratiques des infirmiers⁹, et le sentiment que la formation reçue aujourd'hui n'est plus considérée comme suffisante puisque leur recrutement est désormais soumis à concours. Le sentiment d'une profession infirmière très dévalorisé est très fort.

Cependant, il convient sans doute de relativiser le constat du manque de personnels paramédicaux, le déficit en infirmiers n'est sans doute pas observable dans toutes les structures. A nos questions sur les personnels des centres visités, on nous déclara, par exemple dans un centre plutôt périphérique, que la maternité bénéficiait des services de 2 sages-femmes et de 5 infirmières accoucheuses pour la réalisation d'une moyenne de 70 accouchements par mois ; le centre lui-même disposait en plus de 5 médecins et 6 infirmiers. Dans un autre centre, on nous signalait, pour le centre lui-même, 4 médecins et 9 infirmiers, auxquels il fallait ajouter 2 psychiatres et 2 infirmiers spécialisés en psychiatrie. Une maternité d'un hôpital, disposait quant à elle de 5 gynécologues et de 20 sages-femmes pour un seul bloc fonctionnel. Il est inutile ici de poursuivre l'énumération, et bien évidemment il convient de rapporter les effectifs au volume d'activités. Néanmoins, on ne peut s'empêcher de penser, en visitant certains centres à certaines heures de la journée, qu'il y a beaucoup de personnels pour peu de patients, et moins subjectivement, il conviendrait très certainement d'analyser plus précisément les chiffres pour se rendre compte que le constat du manque de personnels, médical, mais aussi paramédical, n'est sans doute pas généralisable.

Les directeurs d'établissements déclarent être confrontés à une autre difficulté : celui des personnels de soutien (comptable, régisseur, personnels d'entretien, personnels administratifs, beaucoup plus rarement soignants) employés par les communes. Ce sont, nous a-t-on dit, des personnels sur lesquels les représentants du Ministère de la santé n'ont aucune autorité et qui peuvent quitter leur poste à n'importe quel moment s'ils ne sont pas satisfaits. Ce manque d'adhésion des personnels employés par les communes au fonctionnement de la structure de soins où ils sont affectés est parfois ressenti avec d'autant plus d'acuité par les directeurs d'établissements que ceux-ci sont confrontés à la mise en place de l'AMO dont les dossiers sont reçus en premier lieu par ces personnels administratifs communaux. Ils fournissent certes une aide non négligeable mais « on est obligé d'être plus indulgent avec ces personnels, car si l'on est trop dur avec eux, ils partent » (directeur d'hôpital). Les personnels infirmiers eux-mêmes déplorent l'absence de possibilité de sanction de ces personnels communaux¹⁰, et suggèrent qu'ils soient mieux formés pour mieux s'intégrer au secteur de la santé avec lequel ils ne sont pas nécessairement très familiers.

Cette opinion n'est guère partagée par les quelques personnels administratifs communaux rencontrés. Ceux-ci se déclarent être présents dans les hôpitaux pour rendre des services et ne se sentent pas considérés comme faisant partie du personnel de l'hôpital à tel point, par exemple, qu'ils peuvent être l'objet de critiques leur faisant remarquer que leur comportement est déplacé dès qu'ils s'intéressent à un document émanant du Ministère de la santé ou même à un document de la direction de l'hôpital.

2.4 Constituer une équipe

Pour les gestionnaires, la réussite d'un projet, quel qu'il soit, est liée à un travail d'équipe dont les principales caractéristiques seraient : un bon chef d'équipe ou d'établissement

⁹ « En France, les infirmiers donnent leur avis sur les décisions. Ici, on n'en est pas encore là. Avant, l'infirmier était un subalterne, un exécutant, on l'appelait juste pour une injection. Maintenant, il pense. Je travaille aussi avec ma tête. Mais nous ne sommes pas respectés » (un infirmier).

¹⁰ Certains préconisent même de se « débarrasser d'eux ».

susceptible d'emporter l'adhésion des membres de son service (et qui, pour certains, suppose certaines capacités individuelles), l'organisation de réunions régulières pour faire adhérer les personnels aux réformes, pour débattre des problèmes, une bonne circulation de l'information. L'obtention d'un bon classement au concours qualité organisé en 2007 par le Ministère de la santé que nous évoquerons plus bas est volontiers attribuée par les responsables de délégation, par les directeurs d'hôpitaux et les médecins-chefs des centres de santé à l'existence d'un travail d'équipe. Constituer une équipe permettrait aussi d'endiguer l'absentéisme : « il n'y a pas d'absentéisme chez nous : on peut organiser le roulement des infirmiers, et les médecins, étant chacun responsable d'un programme, se sentent complémentaires ; l'esprit d'équipe c'est alors avoir conscience que si quelqu'un s'absente ou est malade, sa charge de travail va se reporter sur ses collègues » (un délégué).

Sans vouloir aucunement remettre en cause l'existence d'un véritable travail d'équipe, soit au sein de délégations, soit dans des établissements de soins, la réalité entendue lors des visites de terrain sur les sites est parfois bien différente du souhait émis par les gestionnaires.

L'absentéisme et des horaires jugés inadaptés ne témoignent guère d'une grande solidarité entre les membres d'une même équipe. Au-delà de ces questions d'horaires, certains soulignent également la mauvaise organisation des journées de travail. « Il y a une mauvaise répartition de la charge de travail. Il faudrait un emploi du temps des personnels dans les services, par exemple pour les temps de pause, afin que tout le monde ne se retrouve pas en même temps, et pendant une bonne partie du temps de service, à la cafétéria ». Cette déclaration d'un gestionnaire peut paraître un peu anecdotique, si elle n'était pas amplifiée par des hésitations dont on nous a fait part quant à l'organisation des équipes dans des hôpitaux : faut-il deux équipes ou trois équipes ? Etant donné que « l'on ne peut pas être vigilant tout le temps », comme nous disait un infirmier, il peut y avoir « de la casse » au moment des changements d'équipe. En d'autres termes, l'équipe sortante ne communique pas nécessairement toutes les informations à l'équipe entrante, et dans un cas, il a fallu abandonner l'organisation en trois équipes, et revenir à deux équipes, pour limiter les problèmes liés aux relais.

Une absence de définition des tâches, le sentiment que tout le monde doit tout faire, surtout dans les centres de santé, semblent également contribuer à une mauvaise organisation des équipes : par exemple, tout le monde peut être appelé à s'occuper de l'accueil, à faire les vaccinations, etc. On relèvera, à partir de ce type de déclaration, l'opposition entre, d'une part, un fonctionnement des prestations par programme, avec un responsable pour chaque programme, et le manque d'organisation que révèle ce constat de tout ce qui n'entre pas dans un programme. Cloisonnement d'une part, désorganisation d'autre part, il y a certainement là deux réalités qui ne favorisent pas la cohésion des équipes.

Le cloisonnement semble aussi exister entre les personnels de différents corps. On a signalé ci-dessus le clivage entre personnels des communes et personnels du Ministère de la santé. Mais parmi ces derniers, infirmiers et médecins communiquent peu. En fait, les infirmiers et les administratifs trouvent que l'information circule très peu entre la direction, les médecins, les infirmiers et les administratifs. Les gestionnaires (Délégués, médecins chefs de SIAAP) reconnaissent d'ailleurs volontiers qu'il y a insuffisamment de participation des personnels soignants lorsqu'il s'agit de prendre des décisions, ce que déplorent aussi les infirmiers dont on ne prendrait pas suffisamment l'avis. La communication interne aux structures est jugée insuffisante ; la communication entre centres de santé et hôpitaux, quant à elle, semble inexistante.

Afin de consolider les équipes, un délégué a entrepris d'organiser des petites manifestations collectives et de montrer des marques d'attention aux personnels « pour que le personnel puisse sentir qu'on est près de lui ». Par exemple, poursuivait-il, à l'occasion de départ à la retraite, on organise une fête pour saluer ceux qui partent et également souhaiter la bienvenue à ceux qui arrivent, et on en profite pour discuter avec l'ensemble de l'équipe d'une façon informelle. En cas de réussite de certains aux examens professionnels, on n'oublie jamais de les féliciter. A l'issue des évaluations trimestrielles, on veille au feed-back à toute l'équipe. On responsabilise l'équipe pour dire ce qui ne va pas dans un programme, on discute sur les modalités d'amélioration ; « la responsabilisation de l'équipe, la participation, la proximité sont autant d'éléments importants. D'ailleurs notre délégation a été primée au concours qualité c'est grâce à l'effort de tout le monde et dans l'équipe il n'y a pas de réticence, il y a de la civilité dans l'action » selon les membres d'une délégation. Constituer une équipe semble donc possible, mais cela requiert très certainement de dépasser les clivages entre les différents types de personnels.

2.5 Différencier les performances des établissements et des personnels

2.5.1 L'évaluation des performances individuelles

Une des principales récriminations entendues avait trait à l'absence de différenciation individuelle selon les performances, ce qui a été résumé par tous (gestionnaires, médecins, infirmiers) par les conséquences du statut de fonctionnaire. Un sentiment d'injustice prédomine : que l'on travaille beaucoup ou que l'on ne travaille pas, entend-on en substance, l'administration ne fait pas de différence, il n'y a pas de réel reconnaissance du travail. Les perspectives de promotion sont limitées, les infirmiers surtout déplorent le manque de signes d'encouragement lorsqu'ils font bien. Tout ceci participe à l'évidence du sentiment de dévalorisation du statut déjà mentionné. Et tout un chacun de réclamer une incitation financière, qui ne soit pas réservée aux seuls chefs de service¹¹, qui prendrait alors la forme d'une prime au rendement. Au-delà du débat général sur la pertinence ou non d'instaurer une prime à la performance, tout le problème est de savoir, comment, dans l'état actuel de l'organisation des systèmes de santé locaux, évaluer la performance, c'est-à-dire aussi, a contrario, la contre-performance ?

Tous les chefs de service ont à évaluer les personnels de leur service, et à leur donner une note. Mais chacun de reconnaître que la notation n'est nullement discriminante. Connaissant par ailleurs, dans d'autres systèmes que le système marocain, combien il est délicat pour un supérieur hiérarchique de sanctionner par une note un personnel fonctionnaire, nous demandions s'il était possible de donner une autre note que 16, au minimum, avec une petite gradation en fonction de la performance. Les réponses étaient immédiates : 16 est une note beaucoup trop basse ! Attribuer une telle note équivaut à sanctionner très sévèrement la personne avec le risque, nous ont dit certains, d'une part de voir les syndicats protester, et d'autre part de se voir immédiatement opposer un certificat médical par le personnel ainsi « sanctionné » par une si mauvaise note pour s'absenter en toute légalité en guise de protestation. Cependant, il semble que les chefs de service viennent de recevoir une nouvelle

¹¹ En effet, selon les informations communiquées, les responsables d'hôpitaux, les chefs de service et les majors sont censés bénéficier d'une prime de responsabilité depuis le début de l'année 2007 ; mais nos interlocuteurs nous précisait aussi qu'à ce jour (début 2008) ils n'avaient toujours pas perçu cette prime.

grille d'évaluation des personnels, dont tous ne savent pas encore se servir, et dont ils pensent qu'elle sera plus opérationnelle que le système actuel pour opérer des discriminations¹².

Mais un problème plus aigu a été souligné, surtout s'agissant des activités dans les centres de santé. Comme nous l'avons déjà remarqué, il a été mentionné qu'il n'y a pas de définition précise des tâches et que les personnels sont polyvalents. En d'autres termes, pour pouvoir évaluer les performances, encore faut-il savoir à quels types d'activité elles doivent être rapportées.

Parmi les pistes envisageables de sanction positive plus informelles, nous demandions s'il pouvait y avoir une plus ou moins grande incitation des chefs de service à favoriser la participation des « bons éléments » à des formations, voire à des concours professionnels (par exemple, sélection de candidats proposables pour le concours pour le passage à l'échelle 11). Là encore, la réponse a été immédiate : tout le monde a droit à une formation, tout le monde a droit à se présenter au concours, on ne peut empêcher personne d'envisager une promotion.

En fait, d'une manière générale, la sanction, qu'elle soit positive ou négative, par l'intermédiaire du chef de service, semble quasiment impossible. Nous l'avons déjà vu avec l'abus du recours aux certificats médicaux très difficile à dénoncer. Même les soupçons de pratique d'extorsion de sommes aux patients par certains agents, ne peuvent être sanctionnées, ni même donner lieu à des remarques à l'agent : aucun patient ne vient se plaindre officiellement, par écrit, de telles pratiques, nous a-t-on dit ; on est ici dans le domaine de la rumeur et l'administration de la preuve est difficile ; les chefs de service considèrent que la sanction relève de la justice et non de l'administration sanitaire. Pourtant, aux dires d'infirmiers, c'est une évidence que de telles pratiques existent : « ce sont eux les corrompus de l'hôpital ! Ceux qui travaillent dans le privé ! Si tu lui donnes l'argent, il va se réveiller, sinon il restera endormi, il vient pour dormir [dans le public] ». Selon un directeur d'un hôpital, au lieu de payer à l'administration de l'hôpital les patients payent directement au praticien, cela vient peser sur le faible nombre de dossiers d'AMO gérés par l'hôpital. Il serait d'autant plus difficile de lutter contre la corruption dans les structures de soins que ce serait les patients eux-mêmes qui seraient toujours prêts à donner de l'argent. Donc, contre la corruption, on ne peut rien faire, nous déclarait un directeur d'hôpital.

D'une manière générale, l'impossibilité de sanction, positive ou négative, serait encore amplifiée, dans les structures de Casablanca, du fait que certains personnels auraient des appuis importants qui leur garantiraient une relative impunité.

2.5.2 La mesure de la performance des institutions

Étant donné l'organisation récente du concours qualité sous l'égide de la DHSA, nous avons envisagé comme hypothèse que le classement des établissements à ce concours pouvait être aussi considéré par les gestionnaires comme un indicateur de la motivation des personnels à adhérer aux projets de l'établissement. En fait, tous les directeurs d'établissements rencontrés

¹² A propos de la nouvelle grille d'évaluation proposée, un délégué nous déclarait : « Il aurait fallu nous former et nous informer avant de nous imposer la grille. Les fiches sont difficiles à remplir. Beaucoup de médecins sont venus me voir pour me demander comment remplir : par exemple, comment apprécier « l'innovation » chez une personne, ses capacités à faire de la recherche... Le problème, chez nous, est que les tâches ne sont pas définies, les personnels sont multitâches. Alors, comment noter un personnel qui fait une autre tâche que celle à laquelle il est affecté si c'est pour sauver une personne, ou qu'il fait des activités de prévention en dehors de la structure ? »

et les responsables de délégation ayant participé au concours¹³, avec une certaine unanimité, ont affirmé que les résultats du concours ne reflétaient pas la réalité de la performance réelle des établissements de soins (hôpitaux, centres de santé) et des délégations.

Précisons tout d'abord, les raisons pour lesquelles certains établissements visités n'ont pas participé au concours :

- la charge importante de travail en routine ne permettait pas de dégager du temps supplémentaire pour se consacrer au concours ;
- l'établissement n'avait pas été choisi comme devant participer au concours ;
- le manque de motivation des personnels ;
- l'information n'a pas circulé ou a circulé trop tard ;
- la crainte d'un mauvais résultat en raison du manque d'esprit d'équipe dans l'établissement.

Pour les établissements et les délégations qui ont participé au concours, la plupart de nos interlocuteurs ont souligné le manque d'objectivité des résultats, incriminant l'organisation même du concours :

« Les résultats sont très subjectifs. Cela dépendait des auditeurs. Le problème était que les auditeurs étaient aussi membres du système » (un gestionnaire).

« Mon hôpital a été classé en n^{ième} position, mais c'est comme si nous étions les premiers. En effet, les hôpitaux classés aux premières places sont des hôpitaux [ayant bénéficié d'un fort appui international]. Les personnels savaient alors comment répondre aux questions. Et pour le classement, il y a eu un peu de politique : on ne pouvait pas classer en tête un hôpital comme le mien qui n'a reçu aucun appui, vis-à-vis des bailleurs. Il fallait montrer que l'appui des bailleurs avait été utile, et classer un hôpital comme le mien qui n'a pas été aidé en tête revenait à montrer qu'il n'était pas utile d'aider les hôpitaux ! » (un directeur d'hôpital).

« Dans la délégation, un seul centre de santé a répondu. Au niveau du SIAAP, nous avons été frustrés par les résultats. Certains établissements ont été primés alors qu'ils ne le méritaient pas. Il n'y a pas eu de transparence ni d'indépendance : certains des auditeurs étaient eux-mêmes responsables de certains établissements audités. Il y a eu des résultats qui ont été revus après des plaintes. De toute façon, avant même la proclamation des résultats, on savait comment cela allait se passer » (un délégué).

« Je ne suis pas satisfait du tout. Il n'y a eu aucun centre de santé classé à Casa. Pourquoi y a-t-il eu des délégations primées à Casa et aucun CS ? Il n'y avait pas d'auditeurs venant des CS, et on a soufflé des recettes aux auditeurs ! On avait des auditeurs qui ne connaissaient pas les programmes de santé » (un médecin chef de SIAAP).

« La vérité, c'est que les gens qui sont venus nous faire le contrôle pour le concours qualité, eux aussi étaient des candidats » (un responsable d'un centre de santé).

¹³ Il convient de rappeler ici que tous les établissements qui ont fait l'objet de l'enquête n'ont pas participé au concours qualité, la participation devant procéder d'une démarche volontaire.

Un seul directeur d'hôpital, également peu satisfait de son classement pour des raisons analogues à celles que nous venons de citer, a admis qu'il pouvait avoir une part de responsabilité dans ce qu'il considérait comme un mauvais classement de son établissement, à savoir un questionnaire qui n'aurait pas été rempli.

Le manque d'objectivité ressenti s'est aussi exprimé chez certains paradoxalement par la surprise d'un bon classement. Plus précisément, certains bâtiments sont jugés par leurs responsables d'une telle vétusté que le bon résultat obtenu ne reflète pas les mauvaises conditions de travail des personnels. Et ces interlocuteurs de conclure alors que les grilles utilisées pour le concours qualité ne prenaient en compte que des critères techniques de processus, et non l'environnement de travail en général, ce qui expliquerait alors la surestimation de la performance de leur établissement.

Certains médecins n'ont pas hésité à qualifier ce concours de « malhonnête », relayés parfois par des gestionnaires : « Ce n'était pas honnête. Nous n'avons pas eu assez de temps pour nous préparer. Il y avait des critères politiques qui entraient dans le jeu » (un membre d'une délégation).

Pour minimiser ces critiques à l'égard du concours, mentionnons tout de même qu'une délégation s'est montrée très satisfaite du résultat obtenu après le concours, ainsi qu'un centre de santé. Précisons cependant que ce centre de santé venait d'être rénové, avec des personnels ayant bénéficié d'une formation spécifique sur la qualité. Ces bons résultats sont attribués par les responsables de ces organisations à l'existence d'un véritable travail d'équipe.

Une des questions que l'on peut se poser est de savoir dans quelle mesure l'insatisfaction ressentie ne risque pas soit de minimiser l'importance et l'intérêt du concours, soit éventuellement avoir un effet de démobilisation. Lorsque nous posons la question de savoir quelles sont les mesures qui seront prises pour améliorer la performance à la suite des résultats du concours, voici le type de réponses que nous avons recueilli :

« Nous nous sentons un peu lésés par le résultat du concours. Nous nous améliorons par nous-mêmes, alors que ceux qui ont été primés sont aidés. Les conclusions de l'audit ? Préserver les acquis, améliorer la gestion de la pharmacie, résoudre les problèmes d'encombrement à l'accueil » (responsable d'un centre de santé).

« Notre équipe n'a pas proposé de plan d'amélioration après l'audit. Le concours a été trop ciblé. On cherche l'amélioration, pas le classement » (directeur d'hôpital).

Il y aurait en fait des facteurs extrinsèques sur lesquels il est difficile d'agir et qui sont des déterminants de la qualité. Ceux-ci sont de deux ordres : la population, et le Ministère de la santé. Étant donné le bassin de recrutement de certains hôpitaux qui drainent une population plutôt défavorisée, il n'est guère envisageable de parvenir à un bon niveau de qualité : « La qualité va de l'accueil jusqu'à la technique. Il ne faut pas que l'hôpital soit uniquement un lieu pour SDF. Quand je vais dans des hôpitaux qui ont été bien notés sur la qualité et qui excluent les SDF, je m'interroge... » (directeur d'hôpital). Par ailleurs, sans respect des normes par le Ministère de la santé en équipement et en personnels il serait illusoire de parvenir à la qualité. A moins de considérer que l'on puisse parvenir à la qualité sans élever le niveau du plateau technique : « On doit s'estimer très honorés par notre place parce qu'on est bien classé par rapport à d'autres hôpitaux qui sont plus équipés » (un infirmier d'un hôpital).

De ces appréciations sur les résultats du concours qualité il est bien évidemment difficile de tirer une conclusion. Mais on peut avancer que les risques existent, étant donné les suspicions de manque d'objectivité exprimées, de n'avoir que peu d'utilité pour certains établissements, voire d'être un facteur de démotivation.

2.6 La formation, facteur de motivation ?

2.6.1 Importance de la formation

Acquérir de nouvelles connaissances, se remettre à niveau, partager de nouvelles expériences, mais aussi se mettre en retrait provisoirement de son poste de travail à l'occasion de séances de formation continue pourraient être considérés comme des facteurs de motivation. Les gestionnaires reconnaissent l'importance de la formation, pour amener les personnels à adhérer aux nouveaux projets, pour améliorer la qualité, pour valoriser les personnels. Cependant, s'il s'agit là des fonctions attendues de la formation exprimées par les gestionnaires, ceux-ci reconnaissent en même temps que l'organisation de séances de formation, et surtout de formation continue, est loin de susciter l'engouement escompté :

« Lorsque l'on organise des réunions, les personnels ne viennent pas, quel que soit l'objet de la réunion. On constate un fort taux d'absence, notamment à l'occasion de réunions de formation continue » (un délégué).

« Vous parliez de la formation comme source de motivation, mais lorsqu'il y a des séances de formation continue, personne ne vient. On a même pensé à des sanctions pour obliger les personnels à assister aux formations » (un responsable des soins infirmiers).

Ce constat amène certains gestionnaires à penser qu'il faudrait rendre la formation continue obligatoire et que l'on prenne en compte la participation à des formations continues pour les promotions. Pourtant la demande de formation existe bien, tant chez les médecins que chez les infirmiers, et les formations proposées pour la préparation des concours pour les promotions (passage à l'échelle 11) suscitent un vif intérêt d'après nos interlocuteurs de la Direction régionale de la santé qui organisent ce type de formation. C'est bien plutôt l'organisation de la formation continue qui semble poser problème.

2.6.2 Les freins à la participation aux formations

Parmi les freins évoqués à la participation à des formations figurent le manque de personnel et, surtout, le manque de personnel infirmier. Lorsqu'un personnel est en formation son travail va se reporter sur ses collègues. Il y a aussi les modalités elles-mêmes d'organisation des formations : les formations ne sont pas toujours organisées à proximité du lieu de travail ou d'habitation ; devoir se déplacer parfois dans une autre ville, au cours de la semaine, pour assister à des formations qui débutent en fin d'après-midi ou le soir n'encourage guère à y participer. Un directeur d'hôpital déplorait d'ailleurs l'absence de formation au sein de l'établissement même. Des médecins ont également déploré devoir prendre sur leur temps de congé le temps à consacrer à leur formation. En effet, lorsqu'ils vont se former à l'étranger, par l'intermédiaire du Ministère, les médecins ont alors l'obligation de renouveler leur contrat au sein de la fonction publique pour une période de 8 ans : « on dit que [le renouvellement du contrat pour 8 ans] est une formalité, mais c'est une formalité très démotivante ; alors on préfère prendre sur ses congés et payer la formation soi-même », nous déclarait un médecin.

Parmi les autres raisons évoquées, on trouve également l'absence d'incitation, parce qu'il n'y a plus de versement de per diem pour participer aux formations, ou encore parce que l'administration ne fait aucune différence entre ceux qui font l'effort de se former et ceux qui ne le font pas. Dans un cas, on nous a expliqué que le peu de motivation à participer aux formations s'expliquait aussi du fait que l'affectation du personnel à Casablanca était considérée comme un aboutissement dans une carrière, et acquérir de nouvelles compétences faisait planer le risque de se voir affecter ailleurs.

2.6.3 Les besoins de formation

Lorsque l'on demandait aux gestionnaires (délégués) comment étaient évalués les besoins en formation, et quelles étaient les priorités de formation établies, il nous était précisé tout d'abord qu'il y avait une concertation à l'échelle des délégations, et que des réunions de groupes étaient organisées pour identifier les besoins. Parmi les thèmes privilégiés par les délégations, nous avons relevé l'accueil, la communication, la satisfaction des usagers, mais aussi le règlement de l'hôpital ou encore les programmes et la gestion des centres de santé.

Il n'est pas impossible qu'il existe un hiatus entre les besoins exprimés par les gestionnaires et ceux exprimés par les personnels de santé. Alors que les premiers insistent plutôt sur les questions d'organisation en général, les seconds réclameraient plutôt des formations très techniques (la prise en charge des diabétiques, la stérilisation des instruments, les méthodes contraceptives, la délivrance de soins SMI, la radioprotection, la prise en charge des brûlés, sont quelques uns des thèmes évoqués par nos interlocuteurs).

Nous avons cependant surtout remarqué lors de nos entretiens auprès des personnels de santé que si le besoin de formation en général était exprimé, et que parfois était déploré un ralentissement du rythme de formation, en revanche nos interlocuteurs restaient très imprécis lorsque nous leur demandions de quelle formation spécifique ils avaient besoin. En fait, comme nous le déclarait un délégué, les « besoins en formation sont cachés », aussi cela justifierait que les besoins ne sont pas exprimés par la base et que les formations sont proposées par la hiérarchie. Des formations mal organisées, peu motivantes, sans besoin précis ressentis, du côté des personnels de santé ; des plans annuels décidés par la hiérarchie, sur des thèmes touchant plutôt à l'organisation, de l'autre, on peut en arriver, selon un gestionnaire à des formations qui ne sont pas toujours adaptées aux besoins ; d'où, sans doute, ce sentiment exprimé par un infirmier qu'il y a peu de possibilité de progression des connaissances par rapport à la formation initiale.

2.6.4 Les destinataires de la formation

Les personnels de santé déplorent également que ce sont toujours les mêmes qui bénéficient des formations : « ce sont toujours les mêmes têtes dans les séances de formation » (un médecin) ; « on ne prend que l'avis des majors pour les formations » (un infirmier). Mais la formation principalement destinée aux chefs de service est parfois justifiée par le fait qu'un responsable ne peut pas avoir des compétences moindres que les membres de son équipe : « si un chef est moins compétent qu'un personnel sur une question, cela va poser des problèmes » (un directeur d'hôpital) ; « le chef doit mieux connaître le domaine que les autres membres du personnel » (un infirmier). Il nous a été fait remarquer par ailleurs que les médecins ont davantage de possibilités pour se former que les infirmiers : les premiers peuvent s'absenter plus facilement et bénéficient de l'offre de formation des laboratoires pharmaceutiques privés, les seconds sont contraints de rester à leur poste et ne peuvent espérer que des formations locales.

Enfin, une des failles soulignées par un médecin chef de SIAAP dans l'organisation de la formation est l'absence de vision globale de ce que doit être un centre de santé, et notamment l'absence de définition claire des attentes vis-à-vis d'un médecin généraliste : « Que peut-on demander au médecin généraliste ? Il n'a pas la responsabilité de tout ! Par exemple, on le forme pour la gestion des déchets, mais une fois qu'il les a gérés, comment fait-il pour s'en débarrasser ? Cela ne relève plus de sa compétence ! Il faut des plans d'action pour les centres de santé, avoir des objectifs. Il faut valoriser le travail dans les centres de santé », relevait ce délégué. Le sentiment d'absence de définition claire des tâches que les personnels de santé doivent assurer, déjà souligné plus haut, ne facilite certainement pas la définition d'un plan de formation.

2.7 Conditions de travail

Au cours de nos entretiens, nous avons demandé à nos interlocuteurs de ne pas insister sur le niveau de rémunération, dont on sait qu'il est toujours jugé insuffisant, et qu'il n'était pas nécessaire de réaliser une étude sur la démotivation pour conclure à l'insuffisance du montant des salaires. Il ne faut évidemment pas minimiser ce facteur important dans les facteurs de démotivation, même si chacun s'accorde pour affirmer qu'il ne s'agit pas là de la principale source d'insatisfaction. Remarquons tout de même à cet égard que des médecins estimaient que leur niveau de salaire était acceptable, mais il était largement insuffisant pour les personnels infirmiers. Les principales revendications entendues avaient trait au paiement des gardes et à l'instauration de primes de rendement, comme nous l'avons déjà signalé.

Globalement, le niveau d'équipement des structures de soins est jugé satisfaisant. Certains directeurs d'hôpitaux déplorent d'ailleurs la sous utilisation de certains équipements techniques imputée parfois à l'attitude de médecins qui considèreraient que toutes les conditions (sécurité, personnels disponibles mais insuffisamment formés) ne sont pas réunies, à moins que ce soit l'administration qui n'ait pas encore donné son autorisation pour l'utilisation du matériel. La principale insuffisance soulignée dans ce domaine est le manque de médicaments, surtout dans les centres de santé : les patients viennent dans les centres de santé pour les médicaments, nous a-t-on dit en substance, et les personnels ont des relations difficiles avec ceux-ci quand ils ne satisfont pas leur demande.

Le cadre de travail, en revanche, a été très largement évoqué. L'amélioration des conditions de travail est considérée comme une priorité par les délégués et les directeurs d'hôpitaux pour motiver les personnels, dont les arguments rejoignent ceux des personnels. Qu'entend-t-on par amélioration des conditions ou du cadre de travail ? Il peut s'agir de fournir les tenues adéquates : « il faudrait donner aux gens une tenue complète c'est-à-dire blouse, sabots, pantalons, pyjamas, gants ; des équipements jetables. En France, on donne un repas à une certaine catégorie du personnel pour essayer un peu de les fortifier, alors qu'ici ils ne nous donnent qu'un demi-litre de lait pour le service de la radiologie » (un infirmier). C'est aussi la vétusté de certains établissements, qui se caractérise notamment par le manque de place, qui est mis en avant :

« On travaille dans des vestiaires aménagés ; on a 4 vestiaires pour 72 médecins » (un directeur d'hôpital).

« Les gens qui ont bâti ce service n'ont pensé ni aux vestiaires pour le personnel médical et paramédical, ni à une salle de repos pour les médecins et les infirmiers » (un responsable de centre de santé).

L'absence de salle de repos, ou le manque de confort des salles de repos, ou encore le manque de lieu de sociabilité pour les personnels de santé est une plainte récurrente :

« Nous n'avons pas de salles de repos, nous sommes obligés de prendre notre déjeuner n'importe où » (un infirmier).

« Mêmes les infirmières viennent en tenue de leur maison, sous leur djellaba, parce qu'il n'y a pas où se changer. Même pour les repas, ils n'ont pas où manger. Il y a d'ailleurs eu des problèmes : le délégué est venu et les a trouvées en train de manger dans la salle de suture. [Face à la récrimination du délégué, les infirmières] ont protesté : 'pourquoi ne mangeraient-elles pas là alors que les infirmiers du service d'urgence mangent dans leur service ! » (un responsable d'un centre de santé)

L'absence d'un cadre de travail adapté aux besoins ressentis des personnels peut donc conduire à des tensions entre ceux-ci et leur hiérarchie. Un directeur d'hôpital nous faisait remarquer en plus que la vétusté des bâtiments entraînait de mauvaises conditions d'hospitalisation, ce qui amenait le patient à vouloir sortir le plus rapidement possible.

Les personnels, et tout particulièrement les infirmiers, sont par ailleurs unanimes sur l'insuffisance, voire l'absence d'avantages sociaux.

« Il manque des œuvres sociales pour les personnels, des propositions de loisirs pour leurs enfants, etc. Et pour se loger ? Comment voulez-vous que l'on puisse prendre un crédit avec les salaires que nous avons ! » (un infirmier).

« Nous ne sommes pas pris en charge. C'est seulement le cas du Ministère de la santé : [il manque le] transport des personnels, le transport pour emmener nos enfants à leur école pour que nous puissions rejoindre nos postes à l'heure et quitter à l'heure. La prise en charge de nos enfants qui ont plus de 18 ans, qui ne travaillent pas, et qui sont exclus des mutuelles n'est pas assurée ; même pour les cas des handicapés. Il n'y a pas de colonies de vacances pour nous. On ne bénéficie pas des œuvres sociales. Devant tous ces problèmes comment peut-on parler de la motivation ? » (un infirmier).

Un autre infirmier se plaignait de ne bénéficier d'aucun avantage, pour lui et sa famille, pour une prise en charge médicale rapide dans une structure publique en cas de maladie, alors même que les services manquent de personnels infirmiers et que toute absence pèse sur le fonctionnement du service. Il poursuivait en soulignant qu'il était alors contraint de s'adresser à des prestataires du secteur privé.

Enfin, l'environnement de travail, ou plus exactement, l'environnement de l'établissement a aussi un effet négatif sur la motivation des personnels. On nous a parlé (surtout dans les centres de santé) du manque de personnel pour assurer l'entretien des locaux et du jardin de l'établissement. L'agent d'entretien serait alors parfois payé par les personnels de santé eux-mêmes.

Mais c'est surtout la localisation de certains établissements (hôpitaux et centres de santé) situés dans des zones « populaires », zones carrefour et d'arrivée des migrants, qui pose problème. Il faut accepter tout le monde, notre population est démunie, on est confronté au harcèlement des patients, entend-on dire régulièrement. Les odeurs, l'encombrement de

l'environnement immédiat par des marchands de tout acabit, qui empêche notamment de stationner à proximité, constituent une gêne ressentie. A cela s'ajoute une crainte de l'insécurité, d'autant plus grande que la profession médicale et infirmière se féminise, sous-entendu, les femmes ont une moindre capacité à se défendre que les hommes, sont plus facilement l'objet d'agressions ; aussi, on craint de prendre des gardes, de sortir la nuit, de venir trop tôt le matin, etc. Certains personnels ont réclamé un renforcement de la sécurité au sein des établissements pour éviter notamment que n'y pénètrent des personnes qui ne sont pas malades, et qui peuvent être des SDF ou des toxicomanes qui cherchent juste un refuge.

Donc, l'insistance mise sur l'aménagement des locaux, le manque d'avantages sociaux et la localisation de l'établissement montrent qu'au-delà de la seule question du niveau de rémunération, les facteurs négatifs relèvent tout autant de l'environnement de travail que des conditions de travail proprement dites.

2.8 L'attractivité du secteur privé

Une expression entendue de nombreuses fois semble devenue un adage : « on travaille dans le privé, et on vient se reposer dans le public ». La question posée était ici d'obtenir quelques réactions sur l'éventuelle attirance du secteur privé, considéré comme demandeur de compétences issues du secteur public, et qui pourrait être d'une attractivité telle qu'il concurrencerait le travail à réaliser dans le secteur public. Chacun reconnaît que seuls les professeurs du CHU ont le droit d'exercer dans le secteur privé ; chacun reconnaît tout autant que nombre de personnels fonctionnaires (médecins et infirmiers) travaillent aussi dans le privé sans y avoir droit, et que, éventuellement, la double journée de travail liée au partage entre activités dans le secteur public et secteur privé peut nuire à la qualité des soins dans l'établissement (public) d'affectation du personnel.

En fait, les attitudes à l'égard du travail dans le secteur privé sont très variables. Il est loin d'être évident que le secteur privé soit attractif pour tous. Rappelons que l'obtention d'un poste à Casablanca est considérée comme un aboutissement et que certains semblent se satisfaire totalement de leur affectation : « nous on travaille beaucoup ici, alors on part épuisés, et on ne peut pas chercher un autre travail, à peine si on s'occupe de nos enfants » (infirmier d'un centre de santé). Sans compter qu'il peut y avoir des risques à exercer dans le privé alors qu'on n'en a pas le droit, au cas où il y aurait un problème grave non résolu et qui aurait été pris en charge dans le privé par un agent du secteur public.

Le secteur privé est-il vraiment attractif pour les personnels travaillant dans le public ? Chacun s'accorde pour reconnaître que le secteur privé est moins bien équipé que le secteur public, les conditions de travail n'y sont donc pas nécessairement meilleures. Travailler dans le secteur privé, pour un jeune médecin généraliste, par exemple, ne constitue pas nécessairement une bonne option car il y a beaucoup de médecins généralistes privés, et les patients vont surtout voir en premier lieu les spécialistes, selon un gestionnaire. Il n'y aurait pas véritablement de concurrence du secteur privé qui pourrait occasionner un certain absentéisme dans les structures où sont affectés les personnels de l'État car « ils travaillent alors dans le privé en dehors des heures de service. Mais comme il n'y a pas de récupération, cela leur fait de très longues journées de travail et la qualité du travail s'en ressent » (un délégué). L'attirance du cumul d'exercice dans le secteur privé ne concernerait pas tout le personnel mais en priorité les gynécologues, les chirurgiens, les sages-femmes, et les infirmiers anesthésiste.

Certains gestionnaires, voire certains personnels, demandent une plus grande fermeté dans la réglementation, mais surtout un éclaircissement des relations entre les deux secteurs. Pour certains, toute tentative de vouloir contrôler l'exercice (illégal) dans le privé, aura un effet négatif : « Je suis impuissant vis-à-vis des médecins qui exercent dans le privé. Beaucoup le font, et détournent les malades » (un directeur d'hôpital). Un autre directeur d'hôpital déclarait : « Il y a une grande liberté pour laisser les médecins exercer dans le privé ; on laisse les gens se motiver à l'extérieur. Il faudrait clarifier les relations privé/public ». La plus grande tolérance semble donc régner à l'égard de l'exercice des personnels du public dans le secteur privé.

A la question d'une différence de qualité des prestations offertes par le même type de personnel dans le secteur public et dans le secteur privé, les personnels de santé interrogés ont répondu qu'il existait peut-être une plus grande rigueur dans l'organisation dans le secteur privé, et que le personnel qui travaille dans le secteur privé était plus respecté que celui qui travaillait dans le secteur public. Ainsi, selon un délégué, le personnel dans le secteur privé est encadré, supervisé, plus discipliné ; il y a une meilleure répartition des tâches ; le personnel est encouragé au moins oralement, et il existe de bonnes relations entre le personnel médical, ce qui n'existe pas nécessairement dans les structures publiques. Si le personnel semble travailler moins bien dans le public que dans le privé c'est, selon un directeur d'hôpital, que l'hôpital public « c'est le *makhzen* », le personnel s'y sent « comme à la maison » et la rémunération y est insuffisante, alors que dans le privé, la rémunération dépend du rendement. Ces appréciations positives sur le secteur privé permettent d'apprécier « en creux » les dysfonctionnements ressentis dans le secteur public.

Ici encore, à l'évidence (mais pouvait-il en être autrement en interrogeant les personnels de la santé publique), il est difficile de conclure sur une véritable attirance du secteur privé qui accaparerait des personnels du secteur public au détriment des prestations dans ce dernier. Manifestement, certains personnels ne sont pas particulièrement attirés à travailler en plus dans le secteur privé, se satisfaisant de leur poste de travail à Casablanca ; cependant, la pratique d'un double travail dans le public et le privé semble non seulement bien réelle pour d'autres, mais très largement tolérée.

2.9 Des malades de plus en plus exigeants

Pour finir, nous évoquerons les conceptions de nos interlocuteurs vis-à-vis de la « clientèle » des structures de soins. Des propos recueillis se dégagent l'idée générale d'un changement de la nature de cette clientèle qui semble parfois déstabiliser les personnels soignants.

On relèvera tout d'abord les propos d'un gestionnaire qui soulignait que la charge de travail des personnels soignants augmentait dans les hôpitaux : si la durée de séjour tendait à diminuer, les malades avaient tendance à venir de plus en plus en phase aiguë, et donc constituaient des cas plus difficiles à gérer. Dans les centres de santé, la gestion des usagers est rendue difficile du fait que ceux-ci voudraient être tous consultés dans la matinée, avant 12 heures, sans tenir compte de l'instauration de l'horaire continu ; ce serait la cause du manque d'activités des personnels de santé dans l'après-midi, et partant de leur tendance à s'absenter lorsqu'il n'y a plus de patients.

Tous nos interlocuteurs ont souligné combien les usagers des structures de soins (centres de santé et hôpitaux) étaient de plus en plus exigeants. Il leur faudrait tout (en particulier des médicaments), tout de suite, et gratuitement, que l'on soit démuné ou non : « Le citoyen demande trop, il ne connaît pas ses obligations ni ses droits » (un médecin chef de SIAAP) ;

« Les gens en profitent » (un délégué) ; « Le citoyen est surchargé avec ses problèmes sociaux ; il arrive à l'hôpital et il explose, il vide ses problèmes à l'hôpital. Et ce sont les insultes ! On casse les vitrines, il y a des problèmes de sécurité. Le citoyen ne veut pas respecter les normes. Il y a le problème du malade avec ses accompagnants » (un directeur d'hôpital). Les accompagnants constituent un sujet habituel de plainte ; on reproche au malade de venir avec 10 accompagnants, qui transforment l'hôpital marocain en « souk », faisant le couscous et le thé dans les salles d'hospitalisation, selon un gestionnaire, et détériorent l'équipement hôtelier de l'hôpital.

Les exigences accrues seraient aussi le fait de populations démunies, voire de SDF, alors mêmes que les hôpitaux ne disposent guère de services sociaux permettant d'aider à la prise en charge de ces personnes : « Que faire pour eux après la restauration de leur santé. On demande des choses qui dépassent nos compétences. Or 90% de notre clientèle est démunie » (un directeur d'hôpital). Un constat analogue est fait par les responsables de centres de santé, qui en viennent même à évoquer les exigences de « faux malades » auprès desquels « il faut faire du social » :

« Il y a des faux malades, qui viennent ici ; surtout les femmes, elles viennent ici en allant au marché pour prendre des médicaments, l'aspirine au moins, ou viennent vous dire : 'donne moi l'aspirine pour ma voisine, elle a mal à la tête' » (un responsable d'un centre de santé).

« Le malade exige de prendre un traitement, n'importe lequel. Il entre en disant que c'est son droit et que selon la loi il faut lui donner ce qu'il veut. Si tu lui parles, il répond : 'moi, je viens de sortir la semaine dernière de la prison, et je n'ai rien à perdre, donnez-moi mes droits'. Dans cette zone, il y a un groupe qui entre en prison et un autre qui en sort » (un infirmier d'un centre de santé).

En même temps, les hôpitaux sont confrontés à une population qui peut bénéficier de l'AMO, soit une population disposant de revenus réguliers, qui à la fois semble exiger la gratuité, comme tout le monde, mais se montre plus exigeante sur les conditions d'hospitalisation, ne voulant pas nécessairement partager le même espace que les plus démunis. Comment gérer alors ces deux populations ? Les hôpitaux du secteur public sont-ils amenés à recruter principalement parmi les populations les plus démunies, les salariés solvables s'adressant plutôt au secteur privé ? Faut-il mettre l'accent sur de meilleures conditions d'hospitalisation, améliorer l'hôtellerie pour continuer de drainer la population solvable et amener des recettes supplémentaires aux hôpitaux ? Pour l'instant, quel que soit le niveau socio-économique des patients, les directeurs d'hôpitaux reconnaissent qu'ils parviennent encore difficilement à recruter des patients payant.

Or cette « indiscipline » des patients est ressentie comme étant spécifique à leur fréquentation des structures publiques. Nous faisons en effet remarquer à nos interlocuteurs, par exemple, par rapport aux horaires de fréquentation des structures de soins, que cela tenait peut-être aussi à l'organisation de la journée de travail dans les établissements publics, et que l'on trouvait des patients également les après-midi dans des cabinets de médecine générale privée où l'on ne dispensait pas de médicaments gratuitement. Face à ce type de remarque, avec une belle unanimité, tous nos interlocuteurs nous ont répondu que le même patient n'a pas le même comportement dans le public et dans le privé : dans le privé, le malade paye, il accorderait ainsi beaucoup plus de valeur à la prestation, il serait beaucoup plus respectueux et beaucoup plus patient.

3 Conclusion

Tout d'abord, il convient de rappeler la spécificité de la région du Grand Casablanca qui, de l'avis de tous nos interlocuteurs apparaît comme le lieu d'aboutissement d'une carrière. Dès lors, on peut aisément faire l'hypothèse – suivant en cela nos interlocuteurs – que les personnels travaillant dans les établissements de soins de cette région ont déjà acquis une expérience telle qu'ils sont plutôt enclins à des pratiques routinières peu propices à un surplus de motivation, et/ou à s'engager dans des innovations et adhérer à de nouvelles réformes. Cette attitude pourrait être plus aiguë chez les médecins, personnel qui dispose de la plus grande autonomie.

La région du Grand Casablanca est aussi celle où l'on trouve la plus grande densité d'offre de soins, avec des établissements bénéficiant de plateaux techniques jugés satisfaisants. Les revendications salariales sont loin d'être toujours placées au premier plan : le niveau de rémunération des médecins semble relativement satisfaisant ; il l'est beaucoup moins, en revanche, chez le personnel infirmier.

Parmi les principales plaintes enregistrées on trouve l'absence d'avantages sociaux et l'insatisfaction vis-à-vis de l'environnement de travail (localisation de l'établissement, vétusté des bâtiments, manque de confort pour les personnels dans leur lieu de travail, absence d'aide pour les enfants, le transport, l'obtention de prêts, etc.). Les personnels soignants se sentent mal à l'aise vis-à-vis des demandes d'une population considérée comme étant de plus en plus exigeante, et dont la structure change : d'une part un nombre important de démunis, et d'autre part un accroissement de bénéficiaires de l'AMO, donc plus nantis, et qui veulent se démarquer des premiers alors que la mission de service public exige de traiter tous les patients de la même manière.

L'absence de revendications fortes sur le niveau de rémunération serait-elle due aux possibilités de travail dans le secteur privé, pratique illégale mais vis-à-vis de laquelle semble exister une certaine tolérance ? Le travail des personnels de la santé publique dans le secteur privé ferait-il partie des principales stratégies de compensation (*coping strategies*) contre lequel il est difficile de lutter tant les possibilités de sanction sont faibles ? En effet, comme nous l'avons vu, une sanction venant de la hiérarchie risque d'être un facteur de démotivation supplémentaire avec le recours abusif à des certificats médicaux en guise de protestation et pour justifier l'absence. Les pratiques de la « double journée de travail » dans le public et le privé des personnels de la Santé publique existent. Elles seraient davantage le fait des médecins, et en particulier des spécialistes exerçant dans les hôpitaux, que des personnels infirmiers, plus contraints à une présence dans les services. L'ampleur du phénomène est évidemment très difficile à apprécier, mais à partir des entretiens menés, l'attractivité pour l'exercice dans le secteur privé n'est pas générale, et, de l'avis de certains gestionnaires, elle est sans doute un exagérée par les media et la rumeur. En effet, certains personnels se satisfont pleinement de leur statut de fonctionnaire, qui donne droit à un salaire, à une affectation, et avec une certaine marge de liberté pour vaquer à ses occupations quotidiennes. L'exercice dans le secteur privé peut par ailleurs présenter des inconvénients : problème de responsabilité et d'assurance en cas d'incident dès lors que cette pratique est illégale, niveau des plateaux techniques parfois moins élevé que dans le secteur public. Soulignons enfin, encore une fois la spécificité de l'affectation dans la région du Grand Casablanca, aboutissement d'une carrière, avec un personnel vieillissant, et qui est loin d'être toujours enclin à vouloir augmenter sa charge de travail.

Une des barrières à un bon fonctionnement des services serait le déséquilibre dans le ratio médecins/infirmiers qui se caractériserait notamment par un déploiement inadéquat des premiers au détriment des seconds. En premier lieu, il n'y aurait pas toujours l'espace de travail suffisant pour le nombre de médecins affectés dans certaines structures. Les affectations des personnels ne répondraient pas toujours aux besoins exprimés par les gestionnaires, et ceux-ci auraient une faible marge de manœuvre pour redéployer les personnels vers les structures qui en auraient le plus besoin. Par ailleurs les médecins se plaignent de l'insuffisance du nombre d'infirmiers qui ne leur permet pas que l'ensemble des actes demandés soient effectués ; inversement, les infirmiers ressentent une pression du fait du volume des demandes lié au nombre important de médecins dans les structures. Le cloisonnement entre médecins et infirmiers vient ajouter un déséquilibre qualitatif au déséquilibre quantitatif.

L'insuffisance du nombre d'infirmiers, et notamment d'infirmiers polyvalents, par rapport au nombre de médecins est bien réel¹⁴. Il faut cependant tout d'abord souligner que le ratio médecins et infirmiers par nombre d'habitants au Maroc est encore en-deçà des normes OMS. De plus, la pénurie de personnels infirmiers est générale et elle est la conséquence des mesures d'ajustements structurels prises à la fin des années 1980 qui se sont notamment traduites par la fermeture d'écoles d'infirmiers, puis par une réouverture très partielle d'écoles de formation dans les années 1990. La situation à Casablanca aurait été encore aggravée par une politique de recrutement qui aurait favorisé les affectations dans le milieu rural au détriment du milieu urbain, aux dires de l'ensemble de nos interlocuteurs. Cependant, la situation semble pouvoir être corrigée dans les années à venir avec le projet de formation de 5000 infirmiers par an à l'horizon 2020.

A l'heure actuelle, les infirmiers ont le sentiment d'appartenir à un corps vieillissant, non seulement du fait d'un recrutement insuffisant, mais aussi en raison d'une réglementation de la profession jugée désuète. D'une manière générale, le corps infirmier ressent une dévalorisation de son statut.

Il faut aussi compter avec des gestionnaires (directeurs d'hôpitaux, responsables préfectoraux et régionaux) qui considèrent ne pas avoir suffisamment d'autorité sur les personnels placés sous leur responsabilité (ce dont témoignent les difficultés qu'ils ont à sanctionner et à évaluer les personnels). Ces gestionnaires considèrent aussi ne pas être reconnus par leur hiérarchie comme un maillon suffisamment important de la chaîne hiérarchique et de décision.

Néanmoins, ces constats doivent être tempérés par les perspectives ouvertes par certaines dispositions des interlocuteurs rencontrés et les projets du Ministère de la santé. La demande de formation continue est importante et rencontre en cela la volonté du Ministère de la santé. Tous les personnels réclament davantage de justice et d'équité, notamment par une demande de récompense de la performance, et de revalorisation de leur statut qui ne passe pas uniquement par des récompenses financières ; le contexte semble donc favorable à une meilleure gouvernance. Un rééquilibrage dans le déploiement des effectifs est à l'ordre du jour, et le nombre relativement élevé de médecins, notamment dans les centres de santé de la région de Casablanca constitue une opportunité pour renforcer une médecine davantage centrée sur les patients et qui permettrait sans doute de faire évoluer le malaise ressenti vis-à-

¹⁴ Selon la DRH, il y a un infirmier pour 2100 habitants à Casablanca, contre 1 infirmier pour 1400 habitants au niveau national ; en 2007, toujours à Casablanca, il y avait, dans le secteur public, 938 médecins et 1772 infirmiers.

vis de cette population considérée comme de plus en plus exigeante. D'autant plus, qu'en dépit des opinions peu positives souvent émises sur les comportements des patients, les soignants soulignent en général combien leur métier leur donne satisfaction et prend tout son sens dès qu'ils ont le sentiment d'avoir donné satisfaction au malade en lui prescrivant le bon traitement.