

entretien

ENTRETIEN AVEC...

Nicolas Belorgey

Sociologue, chargé de recherche au CNRS,
auteur de « L'Hôpital sous pression »*

Vous avez récemment apporté une contribution à l'ouvrage L'Hôpital en réanimation⁽¹⁾. Pouvez-vous rappeler brièvement votre parcours universitaire et les circonstances qui vous ont amené à être sollicité pour analyser la situation de l'hôpital aujourd'hui ?

Je suis d'abord entré à Sciences-Po, section service public, où je me suis orienté vers l'économie plutôt que vers le droit (les deux grandes « dominantes » qui s'offraient à nous) parce que je souhaitais davantage comprendre comment les choses fonctionnaient effectivement qu'apprendre comment elles devaient le faire, et que cette discipline me semblait plus appropriée pour cela. Après un master 2 de recherche en économie, je n'ai pas souhaité continuer à me spécialiser, car je me suis retrouvé dans un entonnoir qui me semblait détaché de la réalité. J'ai présenté les concours administratifs et j'ai été reçu à la Banque de France, mais il n'y avait pas véritablement de marge de manœuvre. J'ai donc repris les études, je suis tombé sur le programme de l'agrégation de sciences économiques et sociales que j'ai trouvé très intéressant et je l'ai préparé grâce à un congé individuel de formation (CIF). En parallèle, j'ai fait une licence et un master 1 puis 2 en philosophie à Paris-I. La sociologie permettait de concilier le recul de la philosophie et la démarche empirique de l'économie. J'ai préparé l'agrégation en auditeur libre à l'ENS puis me suis lancé dans la recherche en y faisant un master 2 et ma thèse sur les hôpitaux.

Cela m'intéressait beaucoup de travailler sur les hôpitaux car c'était un service public particulièrement sur la sellette. Quand je dis sur la sellette, c'est ce qui se reflète dans le titre de mon livre : il s'agissait pour certains « réformateurs » de « mettre la pression » sur les hôpitaux. J'ai voulu montrer les conséquences pratiques de cette « pression ». C'est un titre qui me semble plutôt modéré quand on pense à la situation de l'hôpital aujourd'hui ou par rapport à « l'hôpital en réanimation » que

Frédéric SPINHIRNY

Directeur adjoint
Direction des
ressources financières
et du contrôle
de gestion,
Hospices civils de Lyon

vous citez. Cela semble surtout une représentation partagée par beaucoup d'acteurs de terrain à l'époque. Au moment où j'y suis allé, l'hôpital ne semblait pas en aussi mauvaise posture qu'aujourd'hui. Il y avait simplement le même questionnement économique que dans l'ensemble des administrations publiques. C'est l'administration en général qui faisait l'objet d'analyses économiques. Je pense bien sûr qu'il faut en faire, mais pas à tort et à travers. Le problème, actuellement, c'est qu'il y a un certain nombre de personnes qui veulent modifier la façon dont fonctionne l'administration et qui essaient de le justifier par des raisons économiques, alors que les analyses économiques peuvent aller à l'encontre de ce qu'elles cherchent à prouver.

Ma thèse a donc donné lieu à une soutenance en 2009 et à une publication sous forme de livre en 2010. Et quand le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi et Frédéric Pierru ont fait *L'Hôpital en réanimation*, l'année dernière, ils m'ont demandé une contribution, ce que j'ai accepté avec joie. Ma participation ne relève pas d'une approche partisane. Entre 2009 et 2012, je constate que les choses se sont dégradées et l'analyse faite dans l'ouvrage me semble bonne.

* Enquête sur le « nouveau management public », La Découverte, octobre 2010

« Je ne savais pas ce que j'allais trouver ; je voulais voir ce qui se passait dans les hôpitaux, avec une problématique fortement teintée d'économie : réfléchir aux réformes actuelles et à la question de la rationalisation.

NOTE

(1) *L'Hôpital en réanimation*, sous la direction de F. Pierru, Éditions du Croquant, octobre 2011.

D'ailleurs, je ne suis pas forcément d'accord avec toutes les contributions qui y sont faites, mais l'ouvrage a le mérite d'être éclectique : il y a des contributions très critiques, d'autres très modérées, des contributions assez théoriques, d'autres qui résultent de vraies recherches de terrain. De plus, le discours inverse est très présent dans la sphère publique ; il y a une présence massive des « réformateurs » dans les médias, donc il me semblait une bonne chose de livrer ici un contre-feu. Il était indispensable de rééquilibrer un peu les choses.

Dans « L'Hôpital sous pression », vous étudiez certaines réformes profondes initiées dans des services de soins. En tant que sociologue, vous êtes en observation participante et en immersion aux côtés des acteurs. Aviez-vous une méthodologie bien précise ? Comment avez-vous intégré la vie des établissements et comment a été vécue votre présence à l'hôpital ?

Venant d'un parcours « service public » à Sciences-Po, je me suis senti naturellement plus proche des directeurs d'hôpital et j'avais parmi mes amis un certain nombre de directeurs avec qui j'ai commencé à discuter ; je suis entré par ce biais-là. J'ai commencé par faire un stage dans une direction qui m'a mis en contact avec les services de soin. Au début, j'étais vu comme l'homme de la direction, laquelle me présentait de sur-

croît comme économiste en raison de mon cursus. C'était également lié à la justification économique des réformes sur le thème : « Il n'y a pas assez d'économie, il faudrait en faire plus ». J'ai aussi eu droit à la qualification inverse puisque, en tant que sociologue, certains m'ont d'emblée assimilé à un « dangereux gauchiste ». D'autres enfin m'ont tenu le discours très revendicatif servi par exemple aux journalistes lors des grèves. Chacun cherchait à m'instrumentaliser dans le sens qui servait ses intérêts. Mon travail en tant que chercheur en sciences sociales était de me distancier de ces enrôlements afin de restituer un résultat objectif. Avec le temps, ce travail a marché ; les soignants ont fini par me considérer comme travaillant à une thèse en sciences, par analogie avec la biologie. Cela voulait dire que j'avais trouvé la bonne distance. Ma thèse a duré quatre ans. La méthode utilisée est classique en sociologie, avec des observations, des entretiens, des statistiques, des questionnaires. Une autre méthode a consisté à suivre une personne comme son ombre pendant toute une journée ; de l'observation qui a montré beaucoup de choses sur son emploi du temps, sa manière de fonctionner... J'ai également suivi des patients pour reconstituer leur parcours dans l'établissement et entre les services. Ce qui était intéressant, c'était de suivre certains dossiers du côté à la fois de l'administration et des services de soins pour saisir les différentes perceptions. Une fois entré dans un établissement, je n'ai essuyé de refus d'accès au terrain ni de la part des directeurs, ni de la part des soignants. Seul un chef de service a refusé la partie d'un questionnaire qui portait sur la santé des soignants eux-mêmes, de peur peut-être que j'établisse un lien avec la dégradation des conditions de travail à l'hôpital. Au début de ma thèse, je ne savais pas ce que j'allais trouver ; je voulais voir ce qui se passait dans les hôpitaux, avec une problématique fortement teintée d'économie : réfléchir aux réformes actuelles et à la question de la rationalisation.

La première partie de votre livre analyse les canaux de transmission de la logique managériale véhiculée à travers les réformes. Parmi les intermédiaires rencontrés, les consultants occupent une place importante. Quelle est leur légitimité au cœur de l'hôpital ?

Les consultants ont un problème de légitimité important dans les hôpitaux, m'a-t-il semblé, parce que, au départ, ils n'ont pas de raisons d'y être, à la différence des agents de la fonction publique hospitalière recrutés par concours et donc avec une certaine compétence présumée. Les consultants ont toujours à faire la preuve de leur utilité. C'est une catégorie de l'entendement très prégnante chez eux. C'est aussi un milieu beaucoup plus fermé ou, disons, moins transparent. Au début, j'ai contacté des consultants à travers un annuaire public et j'ai réussi à réaliser quelques entretiens. Eux, ce qui les intéressait dans ma démarche, c'était que je fasse une étude de marché sur leurs concurrents ou de m'embaucher comme « junior » pour travailler pour eux. En revanche, en fin d'entretien, quand je leur demandais si je pouvais les accompagner dans leur mission, comme j'accompagnais les directeurs sur le terrain ou les soignants, j'avais

des refus systématiques ; ils ne voulaient pas me laisser voir ce qu'ils faisaient ; pour eux, expliquer au client les raisons de ma présence était délicat. Cela aurait été reconnaître implicitement qu'à eux seuls ils pouvaient ne pas répondre complètement à leur commanditaire ou prendre le risque de perdre le monopole de la « relation client ». Quant à mieux comprendre le fonctionnement de l'hôpital, cela semblait le cadet de leurs soucis. Finalement, j'ai contourné le problème en passant une alliance avec un organisme, à cheval entre la recherche universitaire et le conseil, avec qui j'ai travaillé, le Centre d'intervention en gestion (CIG). Le CIG m'a conduit à une agence gouvernementale qui s'appuyait sur l'expertise du CIG et qui employait elle-même des consultants. Je me suis donc retrouvé cette fois, par rapport aux consultants, du côté du client, de sorte qu'ils ne pouvaient plus refuser ma présence. J'ai donc pu observer leurs pratiques. Des observations qui ont montré que la plupart des consultants vivent leur action sur le modèle de la concurrence. Tout d'abord vis-à-vis de leurs collègues, à qui ils s'opposent très directement pour s'attirer les faveurs des commanditaires, notamment lors des appels d'offres. Ensuite avec l'ensemble des personnes qui se situent entre les tutelles et les soignants, à qui elles tentent plus ou moins de se substituer. J'ai eu droit ainsi à des discours très stigmatisants sur les cadres de santé, les directeurs d'hôpital, les syndicats évidemment. Et, dans ce schéma, l'utilisation de normes nouvelles importées du secteur privé leur est très précieuse, car les consultants travaillent plus dans le secteur privé que dans le secteur public, même si celui-ci constitue aujourd'hui un nouveau marché. Bien connaître les outils du privé est un avantage comparatif. Ils vont donc dire des choses du style : « *Vous ne connaissez rien au benchmarking, nous allons vous l'expliquer.* » Et là, ils trouvent apparemment la légitimité qui leur faisait défaut.

Leur dépendance vis-à-vis de leur commanditaire a d'autres conséquences. Dans la fonction publique, il y a des obligations et des droits, notamment une liberté d'opinion assortie d'une garantie d'emploi, qui permet aux intéressés de manifester un désaccord avec des instructions qu'ils désapprouveraient. Rien de tel chez les consultants : agents privés vivant de contrats éphémères, la première condition de leur survie économique réside dans leur absence de critique vis-à-vis de leurs commanditaires. Ils sont donc beaucoup plus dociles, et c'est leur rôle de faire passer pour purement techniques des mesures inspirées par telle ou telle ligne politique. Prenez deux personnes face à une politique qu'elles désapprouvent en leur for intérieur : là où un fonctionnaire va pouvoir se dire en désaccord et ne pas faire de zèle, un consultant devra s'en faire le relais, ou disparaître.

Il y a toutefois un paradoxe apparent dans la concurrence entre les différents corps intermédiaires. Par exemple, si les directeurs d'hôpital entrent en concurrence avec les consultants, c'est bien la tutelle ou la direction générale qui prend la décision de recourir à ceux-ci. Se dessine ainsi une tutelle ou une direction générale stratégique et politique qui envoie un message à ses directeurs pour les mettre sous pression.

N'y a-t-il pas un rapport de pouvoir qui double également entre la direction générale et ses propres directeurs ?

Effectivement, les consultants peuvent être embauchés à des niveaux très différents. Les consultants avec lesquels j'ai travaillé étaient par exemple embauchés au niveau supérieur par une agence ministérielle : ils travaillaient pour le compte du ministère au-dessus des hôpitaux. Il y avait des directeurs qui n'étaient pas contents, mais on ne peut pas considérer le corps des directeurs comme homogène. Certains directeurs adhéraient aux réformes lancées par le ministère, d'autres les refusaient. Pareil chez les médecins. D'ailleurs, parfois, les directeurs étaient en retrait par rapport à certains chefs de service, beaucoup plus réformistes. Ou plutôt plus réformateurs au sens où ils adhèrent aux réformes en cours dans les hôpitaux. Je me permets de clarifier ici le terme « réformateur » ou « réforme » : c'est le terme utilisé aujourd'hui, certes, mais c'est aussi un outil de communication car il est positivement connoté. Alors que si on réfléchit sur une plus longue période, une grande partie des mesures qui se sont appelées « réformes » récemment dans le pays se présentent plutôt comme des contre-réformes. Sur le terrain, ce que je voyais devant moi n'était pas des réformes, mais plutôt des contre-réformes, dans le sens des manuels d'histoire : elles vont contre les progrès sociaux, et c'est ce que l'on voit actuellement dans les hôpitaux. Donc, pour terminer sur le positionnement des uns et des autres par rapport aux politiques menées, la ligne de partage ne passe pas entre directeurs et médecins, mais au sein de ces deux groupes, et elle dépend de facteurs comme les socialisations antérieures, l'histoire personnelle et les éventuelles allégeances politiques.

Il n'y a pas de problème de moyens mais seulement d'organisation, stratégie du projet latéral, conduite du changement. Comment se construit le discours du consultant, souvent décrit comme une novlangue managériale ?

Les consultants aimeraient bien avoir une légitimité technique – c'est ce qu'ils mettent en avant –, mais leur légitimité se résume à être imposés par des personnes qui sont en position de le faire. Leur présence doit être approuvée par les instances mais à ce stade-là, ils ne disent pas trop ce qu'ils vont faire. Une fois obtenu le chèque presque en blanc, ils font leur travail. Mais ce n'est pas une légitimité technique. Finalement, leurs outils ne sont pas très sorciers, mais ils servent à cacher d'autres choses. Par exemple, j'ai suivi un chantier où il s'agissait de « recentrer les soignants sur leurs soins », ce qui est une forme de slogan ; c'est de la communication de dire ça. C'est une façon de rendre acceptable par tous un objectif qui, en fait, est très éloigné de ça. Si on se penche sur le détail et notamment sur les rapports que les consultants remettent à leurs donneurs d'ordres et ne communiquent pas à ceux concernés par leur démarche (dont les instances), on s'aperçoit qu'il s'agit de faire des économies budgétaires. Les outils ont une fonction de modification des relations de pouvoir dans l'organisation ; ça procède de la même démarche que dans l'industrie automobile il y a quelque temps : modifier les relations de pouvoir au profit des dirigeants et au détriment de ceux qui font la production (ici les soignants). Sauf qu'il y a un facteur supplémentaire que les consultants ne prennent absolument pas en compte : à la place des voitures, il y a des patients. Le point de vue des patients est présent dans les discours, pas en pratique.

Parfois, il y a des études dites « de satisfaction patient », souvent externalisées à des cabinets spécialisés. Aucun des consultants que j'ai suivis n'a jamais fait un entretien avec un patient ou un suivi sérieux des patients. C'est un des grands points aveugles de leur travail.

Comment analyser le besoin de consultant souvent imposé par les tutelles qui promeuvent la culture de la performance ? Comment analyser la rengaine : si cela vient de l'extérieur, c'est mieux, il nous faut un avis tiers ? Un peu comme en psychanalyse où l'on a besoin d'un autre pour se parler finalement à soi-même.

C'est le coup du regard extérieur. L'absurdité, c'est que ce ne sont pas du tout les consultants qui ont inventé ça, c'est quelque chose qui existe de longue date dans l'administration. Vous avez certainement déjà entendu parler des corps d'inspection, ces corps administratifs conçus pour apporter ce regard extérieur qui doit permettre de s'émanciper des intérêts locaux. Le principe de rotation des fonctionnaires y correspond aussi ; il faut éviter que les fonctionnaires stagnent, se fassent capturer par leurs administrés et s'assurer qu'ils obéissent à l'intérêt général plutôt qu'aux intérêts locaux. Peut-être aussi que nous autres, sociologues, pourrions apporter un certain regard extérieur ? Quand les consultants disent qu'ils apportent un regard extérieur, ils tentent de se glisser dans une position qui existe depuis longtemps. On ne les a pas attendus pour l'inventer. Sauf que leur neutralité n'est qu'apparente et qu'ils se font en outre payer très cher.

Vous soulignez la recherche de performance grâce au benchmarking. Quelle est sa légitimité scientifique ? Existe-t-il une autre logique derrière les indicateurs chiffrés ?

Le benchmarking est un outil qui pourrait sembler objectif mais qui est totalement dévoyé dans son utilisation. Objectif, tout d'abord, parce qu'il repose sur quelque chose de très humain qui est de se comparer avec son voisin ; ça repose aussi sur ce que Kant appelait « l'insociable sociabilité ». Comme le montre Isabelle Bruno, qui s'est plongée dans l'histoire du benchmarking, ce dispositif consiste en l'importation au sein des entreprises des mécanismes de marché qui existent à l'extérieur, afin de profiter des bonnes méthodes des voisins en évitant la destruction concurrentielle. Ensuite, le benchmarking pourrait sembler objectif car il utilise des outils mathématiques. Le problème, c'est qu'il est utilisé de manière politique et dévoyée dans le sens où tout réside dans le choix des indicateurs que l'on prend pour effectuer la comparaison, et que ce choix est généralement imposé d'en haut. D'après ce que j'ai vu, les indicateurs sont loin de la réalité de l'activité des services. C'est un peu comme si, pour décrire le bien-être des habitants d'un pays, on utilisait le chiffre d'affaires de l'industrie automobile plutôt que des indicateurs comme l'indice de développement humain (IDH) de l'ONU. On peut aussi discuter du bien-fondé même qu'il y aurait à recourir à des indicateurs dans des situations de forte incertitude plutôt que de faire confiance à des professionnels. Ce qui renvoie à un vaste débat en économie et en sociologie, mais c'est une autre histoire....

Vous analysez longuement l'objectif de réduction du temps de passage aux urgences. Quelles sont vos principales conclusions...

Effectivement, les « réformateurs » utilisent souvent le temps de passage ou le nombre de passages pour caractériser l'activité d'un service d'urgence. Ce qui les intéresse, en fait, c'est le nombre de passages par équivalent temps plein (ETP), c'est-à-dire un indicateur de productivité apparente du travail, parce que si on l'améliore, cela permet de réduire le coût budgétaire, toutes choses égales par ailleurs. Mais comme ils ne peuvent pas le dire explicitement, ils le camouflent sous un autre, le temps « d'attente et de passage » (sachant que si vous attendez, c'est parce que d'autres passent avant vous). Et ils ne prennent pas en compte des choses aussi essentielles que le degré de gravité des patients, le type de pathologie, l'offre de soin dans le bassin de recrutement de l'établissement, les caractéristiques socio-économiques de la population. Le coup de force symbolique, c'est qu'ils arrivent à caractériser un service avec des indicateurs qui ne correspondent pas à son fonctionnement réel, et parfois à le faire accepter aux membres mêmes de ce service. Finalement, dans mon enquête, on observe globalement peu de diminution de l'indicateur de temps de passage et, quand cela se produit, c'est au détriment du taux de retour des patients. Le risque de voir les patients revenir aux urgences augmente, ce qui est mauvais pour tout le monde : d'abord pour les finances de l'hôpital parce que c'est inflationniste, ensuite et surtout pour les patients, car ça les oblige à revenir, quand ils y parviennent à temps...

Quels indicateurs pourraient mieux refléter l'activité médicale ?

La base consisterait à prendre au moins en compte les retours de patients, au même endroit ou ailleurs. Pour cela, il est nécessaire de ne plus raisonner sur la fiction d'épisodes de soins isolés, mais sur l'ensemble d'une trajectoire de santé. Ensuite, il faudrait élaborer d'autres indicateurs en collaboration avec les intéressés : soignants et patients. Enfin, on peut s'interroger sur le bien-fondé d'un gouvernement à distance par le biais d'indicateurs. À l'heure actuelle, les Britanniques (dont les « réformateurs » s'étaient inspirés) ont diversifié leurs indicateurs, mais ça n'a pas résolu les problèmes de leur National Health Service (NHS).

À travers les « acteurs intermédiaires », se lisent les acceptations ou les résistances aux réformes engagées, dont le seul objectif financier rend souvent l'accompagnement incontestable. Y a-t-il une influence du parcours sociologique sur l'adhésion d'un acteur au discours du changement prôné par le new public management ⁽²⁾ ?

Ici, les intermédiaires sont notamment des directeurs, des cadres de santé, des consultants, des chefs de service. Une partition importante entre eux réside dans leur trajectoire par rapport au secteur du soin. Schématiquement, ceux qui en viennent et qui s'en éloignent en devenant gestionnaires sont hostiles à la politique actuelle. Cela peut être des cadres de santé, qui refusent de relayer les injonctions qu'ils estiment mauvaises pour le service ; ce peut être d'anciens médecins qui deviennent

« L'hôpital a besoin d'être réformé mais [...] les réformes devraient être inspirées par des objectifs de santé publique, ce qui n'est pas le cas... »

consultants, qui vont faire ce que dit le commanditaire parce qu'ils n'ont pas le choix, tout en développant une forme de double conscience malheureuse en pensant que ce qu'ils font n'est pas bon, qu'ils ne sont pas « du bon côté ». Ces gens-là ont généralement des trajectoires instables en arrêtant le conseil, en revenant au soin, parfois pour les mêmes raisons qui les avaient poussées initialement à y consentir, à revenir au conseil, etc. Ceux qui vont d'une formation généraliste vers le soin sont plus ce que j'appelle les « vrais croyants » : ils sont convaincus du bien-fondé des réformes, soit parce que les hôpitaux constituent de nouveaux marchés (consultants généralistes se spécialisant dans le secteur hospitalier) – ils y croient et ne cherchent pas à en savoir plus sur les hôpitaux –, soit parce que ce sont des directeurs qui ont une formation généraliste et qui, après leur spécialisation à l'École nationale des études en santé publique (EHESP), croient sincèrement aux réformes qu'ils vont mettre en place. D'autres facteurs sont les socialisations antérieures. Ce que vous avez fait avant. Je pense à des directeurs qui se sont présentés comme résistants et qui avaient, par exemple, un parcours dans d'autres administrations avant la santé, qui adhèrent aux

NOTE

(2) Doctrine développée dans les années 80 dont le principe majeur réside dans l'assimilation entre la gestion de l'administration publique et la gestion des entreprises privées et qui s'appuie sur un corpus conceptuel issu de théories économiques (Public Choice et théorie de l'agence), de savoirs sur les organisations et de pratiques de gestion développées notamment au travers des réformes publiques dans les principaux pays anglo-saxons (Grande-Bretagne, Canada, États-Unis).

normes classiques de la fonction publique et qui refusent les réformes actuelles dans la mesure où elles contrarient celles-ci. Le pire, ce sont ceux qui sont en porte-à-faux, car ils ont une très forte exigence d'efficacité (formation en management, férus de sociologie des organisations) et qui trouvent que la réforme actuelle tourne le dos à l'efficacité. Il y a aussi la socialisation politique qui agit de manière très compliquée. Certains, engagés à droite, qui sont pour les réformes, mais aussi d'autres à l'extrême gauche, et qui s'y retrouvent par conversion d'*habitus* militant : ils ont repris le discours de la maîtrise des dépenses et vont mettre leur savoir-faire militant et leur ingénierie organisationnelle au service de cette nouvelle fin, sans remettre en cause le bien-fondé de celle-ci. Il y a aussi les socialisations qui poussent certains intermédiaires à contester les réformes, mais quand j'ai fait mon enquête, ils étaient assez discrets. Cette influence de la sociologie politique est également présente chez les médecins. Pour ce qui est des soignants, la démarcation est aussi professionnelle : la position que vous tenez dans la division verticale du travail hospitalier. Les médecins sont plutôt en position de force ; ils sont plus autonomes et n'ont pas à rendre compte à une hiérarchie, donc plutôt hostiles à la politique menée, alors que les paramédicaux sont plus encadrés par une hiérarchie qui relaye plus ou moins cette politique, donc moins en position de résister. En outre, aux urgences, les paramédicaux sont en première ligne face aux (im)patients et donc *a priori* plus sensibles au slogan de la réduction du temps de passage.

Un point qu'on pourrait vous répondre finalement : comment analyser ce besoin permanent de réforme et, pour vous, l'hôpital a-t-il besoin d'être réformé ? Les consultants sont-ils forcément inutiles ?

Oui, l'hôpital a besoin d'être réformé mais pas comme ça. Les réformes devraient être inspirées par des objectifs de santé publique, ce qui n'est pas le cas actuellement. Aujourd'hui, ce sont presque uniquement des objectifs budgétaires, dans une optique de réduction du niveau des prélèvements obligatoires (qui sont aussi un investissement public sur la santé, ne l'oublions pas). Est-ce qu'on s'oriente vers un scénario à l'américaine, où ce niveau est très faible ? C'est l'orientation actuelle, une diminution du niveau de la socialisation des dépenses de santé, avec toutes les conséquences que cela peut avoir en termes de santé publique et d'inégalités sociales de santé.

Pour les consultants, on peut se rappeler Machiavel, qui déconseillait fortement au prince d'utiliser des mercenaires, lesquels pensent davantage à eux qu'à lui ou qu'à la république qu'ils doivent servir. Il faudrait savoir utiliser des professionnels qui fassent un peu plus corps avec leur employeur.

On observe aujourd'hui également des cabinets de conseils créés par des institutions publiques ou parapubliques, censés émaner du bon bord de l'administration et qui ont les mêmes méthodes et le même discours quand ils travaillent avec les établissements de santé. De nouveaux concurrents sur le marché ?

Il y a de bonnes choses dans ce que font le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) et la Fédération hospitalière de France (FHF). L'important, c'est de faire tourner les professionnels qui ont les bonnes compétences techniques dans différents établissements. On se rapproche de l'idée initiale de corps d'inspection et de rotation des acteurs.

Quel accueil a reçu votre livre et avez-vous des retours de L'Hôpital en réanimation ? Travaillerez-vous encore sur l'organisation hospitalière à l'avenir ?

La réception de *L'Hôpital sous pression* a été globalement bonne dans les hôpitaux examinés, même si certains semblent avoir préféré laver leur linge sale en famille. Surtout, le livre a été reçu dans des milieux variés (on peut voir le détail sur mon site Internet). Milieu universitaire en sociologie et en science politique, mais aussi dans des cercles économiques et gestionnaires. J'ai des retours très positifs aussi des milieux soignant, syndical et de certains directeurs d'hôpital. Dans la presse généraliste, il a été repris dans *Alternatives économiques*, *Les Échos*, *L'Humanité*, *France Culture*, des radios locales... L'objectivation sociologique a été mal reçue en revanche par certains « réformateurs », qui m'ont reproché de donner d'eux une mauvaise image. Ils avaient regardé les premiers chapitres, où il est question d'eux, et apparemment pas les suivants, où il est question des hôpitaux. Ce qui a finalement confirmé mes résultats de recherche : la dimension « communicationnelle » de leur action en constitue une part essentielle ; sur le fond, ils sont plus intéressés par celle-ci que par ce qui se passe dans les établissements. *L'Hôpital en réanimation* a également eu une bonne diffusion, notamment dans les milieux soignants et généralistes (*Le Monde*...). Enfin, je continue à suivre ce qui se passe dans les hôpitaux et mon prochain travail porte sur la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en établissement et à domicile. ●