

Des hôpitaux et des managers

Nicolas Belorgey¹

Les pouvoirs publics français tentent depuis le milieu des années 1970 environ de « maîtriser » les dépenses de santé, notamment dans les hôpitaux. En particulier, depuis le début des années 1980, ils expérimentent de nouveaux instruments de régulation économique, comme le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, 1982) ou la Tarification à l'activité (T2A, 2005). Ils ont également de plus en plus recours aux outils du Nouveau management public (NMP), cette doctrine d'origine entrepreneuriale visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de « performance », *benchmarking*, « responsabilisation » des professionnels, incitations financières au rendement, recours à des consultants privés, différenciation entre les secteurs public et privé (notamment par la mise en cause des statuts de la fonction publique), enfin recours à des agences spécialisées et présentées comme purement techniques.

Au-delà de leur théorie, en quoi consistent en pratique ces réformes managériales et quels sont leurs effets sociaux ? Pour répondre à cette question, une enquête a procédé par deux voies d'entrée, l'une partant des institutions décisionnelles pour « descendre » vers les hôpitaux et leurs patients, l'autre ancrée dans ceux-ci pour « monter » vers celles-là. La voie descendante est partie d'une agence typique du NMP, rattachée au ministère de la santé. Elle s'est prolongée par des consultants privés qui interviennent pour son compte dans des hôpitaux, pour enfin aboutir dans des services de soin. La voie ascendante est partie d'usagers du système de santé et de services de soin pour remonter vers l'agence ministérielle. Cette double voie d'entrée ethnographique, descendante et ascendante, a été complétée par des données quantitatives, comme le retraitement de bases de données médico-administratives recensant les passages dans certains services d'urgence. La combinaison de ces sources permet de voir l'ensemble d'une politique publique en actes, depuis ses intentions jusqu'à ses effets sur les cibles de l'action, soignants (c'est-à-dire médecins et paramédicaux) ainsi que patients, en passant par ses instruments : outils de gestion et acteurs intermédiaires.

L'enquête montre tout d'abord que la tension entre réformateurs et soignants provient essentiellement de la concurrence où ils se trouvent pour définir les buts légitimes de l'institution hospitalière et exercer le pouvoir en son sein. tous font des comptes, mais ne comptabilisent pas les mêmes choses ni de la même façon. Si les objectifs des réformateurs sont essentiellement budgétaires (et non simplement d'efficacité), ceux des soignants sont également sanitaires.

Le deuxième résultat de l'enquête concerne les réformateurs. Au fond, ils tentent de convertir des problèmes de moyens en problèmes d'organisation, autrement dit de rendre les hospitaliers responsables des difficultés qu'ils rencontrent. Ils ont recours pour cela à des *benchmarks*, dont l'enjeu véritable est moins d'instaurer une comparaison que les intéressés pratiquent déjà largement eux-mêmes, que d'opérer celle-ci sur de nouveaux critères, plus productivistes.

Ces réformes, pour se réaliser, doivent ensuite être portées dans les hôpitaux par des agents intermédiaires, comme des administrateurs et des consultants. Mais leur appropriation par ceux-ci dépend de leurs socialisations professionnelles et sociales au sens large. On assiste ainsi à des phénomènes de résistance et de conversion.

La confrontation de ces intentions réformatrices avec la réalité hospitalière fait ressortir plusieurs éléments. Tout d'abord, la comparaison de deux services d'urgence, l'un à

¹ L'auteur vient de terminer une thèse à l'PEHESS, dont ce texte reprend les grands axes. Plus d'informations sur <http://nb.zeserveur.net>

la pointe des réformes, l'autre en opposition à elles, montre que le contexte local (notamment le niveau départemental de l'offre et de la demande de soins) est déterminant dans l'acceptation ou le rejet des réformes. Ensuite, si les soignants s'opposent d'une manière générale à des réformes qui réduisent leurs moyens, cette opposition est moindre chez ceux qui occupent dans la division du travail hospitalier une position relativement dominée : paramédicaux plutôt que médecins, spécialités médicales peu reconnues par rapport aux autres, CH par rapport aux CHU, « périphérie » par rapport au « centre », administration par rapport aux soignants. Enfin, les appartenances professionnelles sont impuissantes à rendre compte à elles seules de l'attitude face aux réformes managériales. Les soignants s'approprient d'autant plus celles-ci qu'ils se situent dans la configuration *established-outsiders* au sens de Norbert Elias, largement informée par les questions migratoires, plutôt du côté des derniers arrivants ; qu'ils sont issus de milieux défavorisés ; qu'ils sont arrivés sur le marché du travail dans les années 1980. Inversement, une socialisation familiale précoce au monde du soin, notamment par le biais des mères, favorise la résistance aux réformes managériales.

En ce qui concerne les effets sociaux des réformes, l'enquête montre trois choses. Tout d'abord, les réformes ne mesurent généralement pas le résultat des soins, c'est-à-dire leur qualité, mais seulement leurs moyens, ce qui favorise une intensification du travail des soignants et la réalisation d'économies budgétaires. Ensuite, dans un des services d'urgence les plus « avancés » sur la voie des réformes, l'amélioration de l'« efficacité », mesurée par le temps d'attente des patients, va de pair avec une dégradation de la qualité, approchée par le taux de retour de ceux-ci. Dans l'espace des pratiques médicales possibles, les patients examinés plus rapidement sont aussi ceux qui doivent revenir plus fréquemment. Enfin, le durcissement des conditions de la négociation que les patients doivent mener pour accéder aux soins, pénalise surtout les moins favorisés d'entre eux, ce qui renforce les inégalités sociales de santé.