



Moins on passe de temps à l'hôpital, plus on y revient!

NICOLAS BELORGEY, chercheur post-doctorant au Centre Maurice-Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS) (1).

Depuis des décennies, les pouvoirs publics français s'efforcent de « réformer » l'hôpital. afin, notamment, d'en mieux « maîtriser » les dépenses. Ils ont de plus en plus recours aux outils du « nouveau management public » (NMP), cet ensemble d'idées et de pratiques visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé: indicateurs de « performance », benchmarking, « responsabilisation » des professionnels, recours à des consultants privés, etc. 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 été menée pendant quatre ans dans des services de soin, en particulier des services d'urgence, ainsi que dans une agence réformatrice proche du ministère de la Santé et dans des cabinets de conseil en organisation. Elle montre tout d'abord que cette agence, derrière une façade technique neutre et un discours mettant en avant « l'appui » qu'elle apporterait aux soignants, vise, avant tout, à faire accepter à ceux-ci un projet politiquement contesté, celui consistant à augmenter les cadences de production des soins. Au fond, elle tente de convertir des problèmes de moyens en problèmes d'organisation, autrement dit, de rendre les hospitaliers responsables des problèmes qu'ils rencontrent. Cette proposition générale trouve particulièrement à s'illustrer à propos des services d'urgence, qui vivent avec une acuité particulière la rencontre entre les demandes du public, qui peuvent être de nature médicale mais aussi sociale, et des moyens de fonctionnement limités. Des queues se forment souvent à l'entrée de ces services et les délais d'attente s'allongent. L'agence, en s'appuyant sur le mouvement d'indignation causé par cette attente, tente, à l'aide d'une rhétorique statistique, d'inverser la perception de ses causes en affirmant qu'elle serait due avant tout à une mauvaise organisation des soignants. Le temps d'attente des patients est ainsi, pour elle, un indicateur à même de « faire (se) bouger » les soignants, autrement dit, de modifier leurs manières de travailler. Cet indicateur favorise donc plutôt une intensification du travail des soignants et la « ma-

Rendre l'hôpital plus efficace sans lui en donner les moyens, credo des gestionnaires de santé, ça signifie quoi? Que les soignants sont poussés à faire des soins standardisés, avec pour conséquence que les patients doivent revenir plus souvent. C'est en fait l'inefficacité de l'hôpital que les pouvoirs organisent.

donc que les soignants sont incités à mettre en place des soins standardisés et bas de gamme, autrement dit, des soins low cost. 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.

Bien sûr, il y a loin des projets réformateurs aux effets de ceux-ci sur les patients. Entre les deux, se trouve toute une chaîne d'intermédiaires: directeurs d'hôpital, consultants, chefs de service, etc. De même, les soignants n'acceptent pas tous ces « réformes ». Alors que certains se les approprient positivement, d'autres y adhèrent en pratique sans trop y croire, et d'autres encore y résistent activement. Ces positionnements différenciés résultent, notamment, des configurations locales, de la position occupée dans la division du travail hospitalier, enfin des trajectoires sociales de chacun. Par exemple, là où tel chef de service, afin de « défendre son budget », qui lui permet aussi de faire tourner son unité, coopérera de fait avec les réformateurs en relayant leurs consignes, telle infirmière ou aide-soignante, qui a connu une so-



La queue aux urgences, la baisse de la qualité des soins, c'est la faute aux soignants, disent les gestionnaires.

trise » des dépenses de santé que l'accroissement de la qualité des soins dispensés, qui apparaît largement comme une justification a posteriori. L'enquête montre ensuite quelques effets de cette pression gestionnaire sur la qualité des soins. Ainsi, dans un des services les plus « avancés » sur la voie des réformes, l'amélioration de « l'efficacité » obtenue va de pair avec une dégradation de cette qualité, approchée par le taux de retour des patients. Plus le temps d'attente et de passage des patients est bref, toutes choses égales par ailleurs, plus leur taux de retour dans le service est élevé. Autrement dit, dans l'espace des pratiques médicales possibles, les patients examinés le plus rapidement sont aussi ceux qui doivent le plus souvent revenir. L'examen de ces réformes en train de montrer

cialisation politique ou dans le secteur humanitaire, continuera à soigner ses patients comme avant.

Au-delà des hôpitaux, le NMP est utilisé dans un nombre croissant de secteurs de l'action publique: emploi, politiques sociales, immigration, justice, police, défense nationale, enseignement, recherche... Cet usage s'est systématisé avec la loi organique sur les lois de finances (LOLF 2001) et avec la réforme générale des politiques publiques (RGPP, 2007). Il y a donc fort à parier que ce type de phénomènes pourrait s'observer à d'autres endroits. ★

(1) Auteur de « L'Hôpital sous pression: enquête sur le « nouveau management public » » Éditions La Découverte collection « Textes à l'appui - Enquêtes de terrain », 2010. 330 pages.