

Compte-rendu de lecture
L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public »
par Nicolas Belorgey
La découverte, 2010, 340 pp.

Si le « nouveau management public » constitue aujourd'hui un paradigme majeur d'action publique, ce qu'il implique en pratique est encore à explorer, notamment dans le monde de la santé. La diffusion du NMP et la succession de « réformes » du système de soin en France demeurent en effet principalement perçus au travers d'oppositions qu'il convient de dépasser, managérial/bureaucratique, économique/médical, etc. De même, ces transformations font l'objet de travaux soit centrés sur les réformateurs et les politiques publiques en matière de santé, soit sur les réformés et le monde médical. *L'hôpital sous pression* se présente comme une étude permettant la jonction des deux sphères. Nicolas Belorgey y propose une analyse ancrée dans le quotidien des acteurs impliqués dans et par ces réformes, tout en étudiant la mise en pratique et la traduction des principes du NMP dans les établissements de soin. Tiré de sa thèse soutenue en 2009, l'ouvrage se penche sur différentes innovations managériales introduites dans les hôpitaux et tente de saisir simultanément les modes d'appropriation et d'opposition qu'elles induisent. Mobilisant de nombreux entretiens mais aussi plusieurs observations ethnographiques réalisées dans les hôpitaux (et tout particulièrement les services d'urgence) et auprès d'instances réformatrices, l'auteur rend possible une immersion au sein des organisations promouvant et accueillant les récentes réformes du système de santé.

La première partie de l'ouvrage porte la focale sur les organismes et les acteurs réformateurs. Si l'auteur rappelle la faiblesse de l'opposition entre d'une part un monde

des réformateurs et de l'autre celui de la santé (certains soignants pouvant jouer un rôle d'intermédiaire), certaines organisations se présentent clairement comme des centres de pouvoir chargés de diffuser les principes du NMP. L'Agence d'audit des établissements de santé (AAES) intègre ce cortège d'agences en apparence « purement techniques » et « autonomes ». Considérant qu'il s'agit de responsabiliser les acteurs du monde sanitaire, elle les enjoint à une diminution des dépenses, au regroupement en pôles et aux partenariats public-privé. Pour cela, l'AAES audite des établissements « volontaires » et arrive à convaincre de l'importance de l'efficacité par le recours à des raisonnements quantitatifs et à des discours intégrant la critique, notamment syndicale. N. Belorgey montre que cette agence, loin de constituer un simple « appui » ou « support », « gouverne sans en avoir l'air » à l'aide de méthodes non autoritaires s'apparentant davantage à une contrainte souple. Il rappelle également qu'elle ne participe pas d'un désengagement de l'État mais au contraire, d'une reconfiguration des modes d'intervention étatique par l'intermédiaire d'agences dont l'autonomie reste toute relative (chapitre 1). Pour ce faire, l'AAES met en place des benchmarking. Une fois comparés et classés, les services doivent tendre vers un modèle défini non par la moyenne des résultats mais par le « mieux-disant ». En instaurant de nouveaux indicateurs, ce que font les consultants travaillant avec l'AAES revient davantage à renouveler les critères de comparaison, leur tâche première étant de transformer un problème de moyens en problème organisationnel (chapitre 2). À l'AAES se joignent de nombreux autres acteurs intermédiaires. La réussite ou l'échec de l'implantation des techniques managériales reposent en grande partie sur la bonne volonté des directeurs d'hôpitaux, des chefs de services et des consultants. Ces derniers, s'il peuvent faire reposer leur légitimité sur des savoirs dont ne disposent pas les soignants peinent néanmoins à être reconnus dans le secteur de la santé en raison de leur statut « profane ». Du côté des soignants, les chefs de services et les directeurs d'hôpitaux

peuvent se positionner soit en faveur, soit en défaveur des réformes. L'auteur identifie trois types d'intermédiaires, les résistants, les convertis et les faux croyants. C'est aussi par eux que les consultants doivent passer, et c'est eux qu'ils doivent avant tout convaincre (chapitre 3). Un des moyens mobilisés par les consultants se trouve être le « projet latéral ». Tiré d'un livre de management, le projet latéral est défini par la capacité des acteurs réformateurs à déplacer les termes du débats et à contourner les points conflictuels pour diffuser des normes non par contrainte mais par choix des acteurs. Ainsi, l'exemple de la qualité des soins revient comme objectif commun derrière lequel se trouve l'idée d'une efficacité accrue de l'organisation. La méthode progressive se dessine comme séquentielle, passant par le volontariat de quelques uns, la mise en comparaison et le déploiement (chapitre 4).

Malgré l'importance des ressources déployées pour réformer l'hôpital, des résistances fortes sont à l'oeuvre. Identifiées abruptement comme le fruit de « corporatisme », de « paresse » et d'« irrationalité », elles reposent en fait sur des conditions de travail différenciant d'un établissement à un autre. Comparant deux services d'urgence, l'auteur note l'importance des chefs de service et de leur trajectoire personnelle dans le devenir des réformes managériales au sein de l'établissement. Mais la structure et l'environnement de celui-ci conditionnent aussi grandement une possible conversion. La présence d'activité de recherche, la composition sociale du public, les moyens alloués, etc. sont autant de variables pouvant conduire soit à l'acceptation soit à la grève (chapitre 5). Les résistances s'expliquent également par la difficulté du métier de soignant et la logique du soin sous-tendant celui-ci. Le milieu hospitalier se définit par un « entre-soi » du notamment à la nécessité de gérer des émotions dans un milieu confronté quotidiennement à la maladie et à la mort. Cette communauté créée, la réformer devient plus difficile dans la mesure où

elle n'accorde que peu de crédit à des « profanes » réformateurs et ignorant la difficulté du métier. Cependant l'opposition aux réformes ne concernent pas tous les acteurs du monde médical, mais relève là encore de parcours et de structures (chapitre 6). N. Belorgey, reprenant la distinction établie par Norbert Élias et John Scotson, se penche alors sur deux types de population, les outsiders et les established, les premiers étant davantage sensibles aux réformes managériales que les seconds. Les established sont des soignants « bien reconnus professionnellement et socialement, établis dans la région et/ou dans le métier depuis relativement longtemps et doté d'un certain capital social ». L'auteur expose ensuite une série de cas individuels permettant de voir que l'opposition aux réformes ne repose pas sur un effet de génération (des jeunes soignants pouvant être des established), qu'elle prend souvent appui sur des position éthiques (contre l'« individualisation ») ou syndicales, la position professionnelle jouant également un rôle majeur dans cette répartition (notamment la différence entre médical et para-médical). Du côté des outsiders, l'auteur remarque qu'il est plus difficile de les approcher, ceux-ci sont plus discrets, volontiers favorables aux réformes, ils avancent un discours « modernisateur », « anti-fonctionnaire » et connaissent parfois des trajectoires plus « heurtées » (chapitre 7). Ces acteurs s'opposent en fin de compte sur les effets des réformes. La question est alors, « ces réformes promeuvent-elles le « bien du patient » ou au contraire se font-elles au détriment de certains patients ? ». La controverse trouve sa source dans les deux modes de calcul, celui des soignants et celui des administrateurs. Par exemple, les soignants intègrent l'idée, dans leurs calcul, d'un service à plein régime alors que l'administration peut considérer qu'il n'est pas indispensable sur toutes les tranches horaires. La priorité portée désormais sur l'efficience a entraîné une « hausse de la productivité », une « baisse de la qualité » et une « sélection accrue des patients ». Un autre indicateur possible pourrait être les « retours évitables », plus ils sont nombreux

moins la qualité du service est bonne. Mais ils sont en même temps partie prenante d'une augmentation d'activité. Respectant les indicateurs managériaux, il suffirait à un service de prendre très peu de temps avec chaque patient (baisse du temps de passage aux urgences) ce qui entrainerait un taux de retour fort (augmentation de l'activité). Soigner beaucoup et vite, tel semble être l'objectif des réformes managériales à destination de l'hôpital (chapitre 8).

L'hôpital sous pression offre ainsi au lecteur une vision fine de ce que signifie aujourd'hui « réformer » et « être réformé ». Par un travail ethnographique extrêmement solide et varié, il contribue à l'analyse des transformations vécues par l'« hôpital » auxquelles oeuvrent l'État, des cabinets de conseils et les soignants. Si N. Belorgey intègre à son raisonnement le rôle que jouent les instruments, ceux-ci mériteraient sans doute d'être davantage investis. Les systèmes informatiques, modes de classification et autres outils comptables composent en effet une architecture matérielle et cognitive sans laquelle ces réformes ne pourraient avoir prise.