

Pierre-Olivier Archer ■ David Bayeux ■ Hacène Belmessous ■ Nicolas Belorgey ■ Marie-Estelle Binet ■ Stanislas Boutmy ■ Michel Bouvier ■ Florence Chaitiel ■ Jean-Pierre Coblentz ■
 Aurore Deligne ■ Jacques Flataire ■ David Foltz ■ Nicolas Gaubert ■ William Gilles ■ Kevin Giquel ■ Charles Guené ■ Alain Guengant ■ Mirko Hayat ■ Michel Klopfer ■ Thierry Lambert ■
 Philippe Laurent ■ Christian Lefèvre ■ Laurence Lemouzy ■ Gilbert Orsoni ■ Éric Portal ■ Benoît Quignon ■ Michel Viviano

Trimestriel N° 87 IV/2010 (décembre)

Pouvoirs Locaux

LES CAHIERS DE LA DÉCENTRALISATION



Enquête ethnographique
L'hôpital sous pression



Le pilotage stratégique des
métropoles européennes

**FINANCES
ET FISCALITE
LOCALES**

**LES COLLECTIVITÉS ET
LES CITOYENS PRESSURÉS**

**LOLF - RGPP
DÉPENSE PUBLIQUE
AUTONOMIE FINANCIÈRE
PÉRÉQUATION**

ISBN 978-2-909872-63-6 - 15,00€



9 782909 872636

« L'hôpital sous pression »

Nicolas Belorgey a mené pendant quatre ans une enquête ethnographique en milieu hospitalier. Il a étudié comment les acteurs hospitaliers français réagissent à la pression réformatrice qui vise à modifier les normes qui régissent leur fonctionnement, dans le sens d'une « maîtrise » des dépenses de santé. Quels sont les impératifs et méthodes des réformateurs, en l'occurrence une agence employant des consultants, l'Agence d'audit des établissements de santé (AAES), rattachée au ministère de la Santé ? Comment réagissent les destinataires des réformes, soignants (infirmières, aides-soignantes, médecins, etc., autrement dit tous ceux au contact direct des patients) et au-delà d'eux, les patients eux-mêmes ? Nicolas Belorgey constate que la volonté réformatrice rencontre un succès inégal dans les hôpitaux. Les réformateurs ont de leur côté une vision assez lointaine de ce qui se passe sur le terrain, dans les hôpitaux, notamment dans ceux qui sont « en retard » par rapport à leur calendrier. L'enquête a eu notamment pour objet de comprendre les « revendications catégorielles » et le mécontentement » que nombre de réformateurs disent ne pas comprendre, d'élucider l'origine de ces « résistances » qu'ils veulent surmonter. Plus précisément, elle a procédé en comparant ce qui se passe dans les services d'urgence de deux hôpitaux : celui du Centre hospitalier universitaire (CHU) Larrey à Migny (ou tout simplement « Larrey ») et celui du Centre Hospitalier (CH) de Maubourg (« Maubourg »).

Des « facteurs locaux » à l'action localisée : enquête en milieu hospitalier

Dans l'analyse des politiques publiques comme dans les sciences sociales en général, les « facteurs locaux » sont souvent considérés sous l'angle d'une perturbation résiduelle par rapport à des phénomènes d'une envergure plus grande, nationale ou internationale. Certains parlent ainsi de « rationalité locale » pour l'opposer à la rationalité sans adjectif, tandis qu'en matière de recrutement des universitaires, le « localisme » est vu comme une pratique dérogatoire et un peu honteuse par rapport à une norme nationale. D'autres rappellent cependant que « tout se produit nécessairement en un lieu donné »¹, ou encore que les terrains locaux peuvent être « des sites utiles à la restitution de problèmes plus généraux » et que « les politiques publiques sont nécessairement localisées au sens où elles passent par un lieu ».² Plus généralement, l'importance du niveau local dans la compréhension de phénomènes généraux est reconnue

à travers la question des jeux d'échelle, autrement dit de l'intérêt qu'il y a à faire varier le niveau où on se situe sur l'échelle d'observation pour mieux saisir toutes les facettes d'un phénomène.³

On entend ici s'inscrire dans cette démarche consistant à prendre au sérieux le fait que les problèmes se déroulent en un lieu donné. Plus particulièrement, on s'intéresse à la question de ce qui fait la spécificité de tel ou tel lieu par rapport à d'autres, du point de vue de l'action qui y est menée. Mais plutôt que de parler de « facteurs locaux », ce qui reviendrait à considérer ce qui se passe en un endroit comme dérogatoire à un phénomène plus général, on préfère employer le terme d'action localisée, pour souligner qu'il n'y a d'action que locale, et que tous les lieux doivent être mis sur le même plan pour comprendre ce qui s'y déroule. Remplacer la

par
NICOLAS BELORGEY,
 chercheur post-doctorant
 au Centre Maurice
 Halbwachs (CNRS-
 EHESS-ENS), auteur aux
 éditions La Découverte
 de *L'hôpital sous
 pression : enquête sur le
 « nouveau management
 public »*, collection Textes
 à l'appui – Enquêtes de
 terrain, 2010, 330 p.

question des facteurs locaux par celle de l'action localisée revient à se défaire du présupposé selon lequel il y aurait une action globale en cours, par rapport à laquelle on ne pourrait constater que des déviations locales. Au contraire, nous supposons ici que ce qu'on peut nommer rétrospectivement action au niveau global, ou résultat global, n'est que la résultante, toujours incertaine dans son contenu, d'un ensemble d'actions localisées.

Nous illustrons cette idée par une enquête ethnographique menée en milieu hospitalier pendant quatre ans⁴. Depuis les années 1980 environ, les pouvoirs publics français ont entrepris d'introduire dans les hôpitaux un certain nombre de « réformes », autrement dit de modifier les normes qui régissent leur fonctionnement, dans le sens d'une « maîtrise » des dépenses de santé⁵. Si ces réformes ne sont pas entièrement nouvelles, puisqu'elles poursuivent le programme entrepris par la Rationalisation des choix budgétaires (RCB) appliquée à la santé dans les années 1960, elles innovent par les instruments qu'elles utilisent : outils de gestion comme la « tarification à l'activité » (T2A) ; recours à des consultants privés pour intervenir sur des établissements publics. L'enquête a procédé par une double entrée ethnographique. D'une part, du côté des réformateurs, en l'occurrence une agence employant des consultants, l'Agence d'audit des établissements de santé (AAES), rattachée au ministère de la Santé⁶. D'autre part du côté des destinataires des réformes, soignants (infirmières, aides-soignantes, médecins, etc., autrement dit tous ceux au contact direct des patients) et au-delà d'eux, patients eux-mêmes.

Nous montrons ici tout d'abord comment les acteurs de deux hôpitaux français réagissent à cette pression réformatrice, ensuite comment les réformateurs tentent de procéder face à ce type de contraste dans la réception de leurs projets.

Deux services d'urgence face aux « réformes »

La volonté réformatrice rencontre un succès inégal dans les hôpitaux français. Certains d'entre eux semblent plus disposés que d'autres à adopter les nouvelles normes. Les réformateurs ont de leur côté une vision assez lointaine de ce qui se passe sur le terrain, dans les hôpitaux, notamment dans ceux qui sont « en retard » par rapport à leur calendrier. L'enquête a eu notamment pour objet de comprendre les « revendications catégorielles » et le « mécontentement » que nombre de réformateurs disent ne pas comprendre, d'élucider l'origine de ces « résistances » qu'ils veulent surmonter. Plus précisément, elle a procédé en comparant ce qui

se passe dans les services d'urgence de deux hôpitaux : celui du Centre hospitalier universitaire (CHU) Larrey à Migny (ou tout simplement « Larrey ») et celui du Centre Hospitalier (CH) de Maubourg (« Maubourg »). Ils présentent en effet l'intérêt d'occuper des positions opposées par rapport aux audits réformateurs. À Larrey, l'audit apparaît comme un échec, dans le sens où il ne parvient pas à résoudre le conflit lancinant entre soignants et direction réformatrice de l'hôpital ; ce conflit y prend même la forme extrême de la grève, au milieu de laquelle l'action de l'audit est inopérante. À Maubourg au contraire, l'audit apparaît comme un succès relatif. Du point de vue de l'agence ministérielle, il est même un modèle du genre, l'hôpital de Maubourg étant le « bon élève » de l'exercice d'émulation (*benchmarking*) qu'elle effectue entre services d'urgence.

Or, notre comparaison met en lumière les facteurs qui sont à l'origine, à Larrey du refus des réformes, à Maubourg de leur acceptation. L'hôpital Larrey est situé à Migny, banlieue ouvrière d'une grande métropole. Les activités économiques de Migny sont réduites, 74 % de ses habitants sont des ouvriers ou des employés (contre 57 % en moyenne nationale au moment de l'enquête) et plus des trois quarts des actifs occupés de la commune travaillent en dehors de celle-ci. Ces données économiques et sociales se traduisent par un positionnement politique de Migny majoritairement à gauche, que ce soit au niveau municipal où à celui des soignants (par exemple, au moment de l'enquête, Richard, le chef des urgences de Migny, est sympathisant du PCF). L'hôpital a été fondé au début du XX^e siècle, par le pouvoir central, afin de répondre à des objectifs spécifiques plutôt qu'aux besoins de la population locale. Même si, au fil du temps, l'hôpital a peu à peu été considéré comme celui de Migny, il a toujours connu un problème de financement, ses tutelles étant peu enclines à lui verser des fonds prélevés sur des pourvoyeurs (reste du pays, entreprises) qui n'éprouaient qu'un sentiment de solidarité limité avec la population démunie soignée à Larrey.

À l'inverse, Maubourg est une ville moyenne, qui a connu une activité industrielle importante même si elle est aujourd'hui déclinante. Son hôpital, implanté dans son centre au XIX^e siècle, était financé initialement par la charité des grandes familles de la région, puis par la puissance publique, dans un contexte municipal de centre-gauche. Francis est un notable local, initialement affilié à l'UDF (il adhère finalement à l'UMP), investi depuis longtemps dans les questions de gestion et de réformes hospitalières. Bien avant la création de l'AAES, il mettait en place dans son service les recettes managériales que celle-ci tente à présent de promouvoir. « L'AAES n'est qu'une étape là-dedans », déclare-



Credit photo : wikimediacommons

Depuis les années 1980 environ, les pouvoirs publics français ont entrepris d'introduire dans les hôpitaux un certain nombre de « réformes », autrement dit de modifier les normes qui régissent leur fonctionnement, dans le sens d'une « maîtrise » des dépenses de santé.

t-il. Alors qu'à Larrey le manque d'effectifs parmi les soignants est à l'origine de grèves à répétition, à Maubourg, les infirmières déclarent ne pas avoir besoin de recourir à ce type d'action collective. « Quand tu as quelque chose à dire, on t'entend ».

Les départements de Migny et de Maubourg sont d'ailleurs très inégalement dotés en ressources pour le soin. Alors que dans le premier, quasiment tous les indicateurs d'équipement sanitaire sont inférieurs à la moyenne nationale, dans le second ils y sont supérieurs. Or, la demande adressée par les patients aux services d'urgence, fonction de la précarité de la population, est beaucoup plus forte dans le premier: les taux de chômage, de bénéficiaires du RMI, de la CMU ou de l'API y sont bien supérieurs à la moyenne nationale (alors

qu'ils y sont quasiment tous inférieurs dans celui de Maubourg). C'est donc là où la demande est la plus forte que l'offre de soins d'urgence est la plus réduite, et inversement. Dans ces conditions, il n'est guère étonnant que les urgences de Migny apparaissent moins « performantes » au sens de l'AAES: du fait d'un faible niveau d'infrastructures de soin dans le département, le gros de la charge repose sur ses soignants, qui sont débordés.

Ainsi, si les réformateurs rencontrent davantage de succès à Maubourg qu'à Migny, ce n'est pas tant en raison de « facteurs locaux » plus ou moins rationnels ou partisans tels que des orientations idéologiques, que du contexte économique et institutionnel de ces services de soin, dont ces « facteurs » semblent plutôt eux-mêmes en partie découler.

Pour le pouvoir central, une stratégie d'action en milieu décentralisé

Dans sa volonté réformatrice, l'AAES doit tenir compte de ces différentes réceptions de son programme d'action. Pour elle, la relative liberté d'action des acteurs hospitaliers est à la fois une contrainte et la base de son action. C'est une contrainte dans le sens où elle pose problème au ministère de la Santé. Dans un monde où les libertés des collectivités locales et de leurs établissements publics n'existeraient pas, où les hôpitaux relèveraient directement et uniquement de l'État, les réformes pourraient être mises en place sinon par une voie purement juridique, du moins de manière relativement uniforme. (La loi HPST vise à rapprocher le fonctionnement des hôpitaux de cette épure théorique, même si le chemin à parcourir est encore long.) Au moment de l'enquête, un des problèmes récurrents auxquels se heurtaient les pouvoirs publics nationaux, résidait précisément dans leur difficulté à obtenir que tous les hospitaliers français modifient leurs manières de travailler dans un certain sens.

C'est pourquoi la relative liberté d'action des acteurs hospitaliers est aussi la base de l'action de l'AAES. Celle-ci a été créée par le ministère afin de réaliser

elle-même ou faire réaliser par des consultants, des audits de services hospitaliers, de dégager des « bonnes pratiques organisationnelles », enfin de diffuser ces « bonnes pratiques » à l'ensemble des établissements de soin. Tout se passe donc comme si l'institution centrale avait pris acte de son incapacité à changer les pratiques hospitalières par décret et avait mis en place une agence chargée d'y arriver plutôt par influence. Certes, le ministère n'abandonne ni son pouvoir réglementaire ni celui, en amont, de conception des textes juridiques.

Plusieurs lois sont d'ailleurs promulguées par voie d'ordonnance pendant la période d'activité de l'AAES, qui contribue aussi à en alimenter la teneur. Mais l'AAES assume surtout la tâche difficile de faire passer ces normes nouvelles d'un statut purement juridique à un statut social, autrement dit de les rendre effectives. Des réformes antérieures avaient en effet échoué sur la volonté de puissants chefs de services hospitaliers, à la porte desquels les textes avaient semblé cesser leurs effets. Pour éviter qu'un tel phénomène ne se reproduise, l'AAES a recours à des méthodes de « conduite

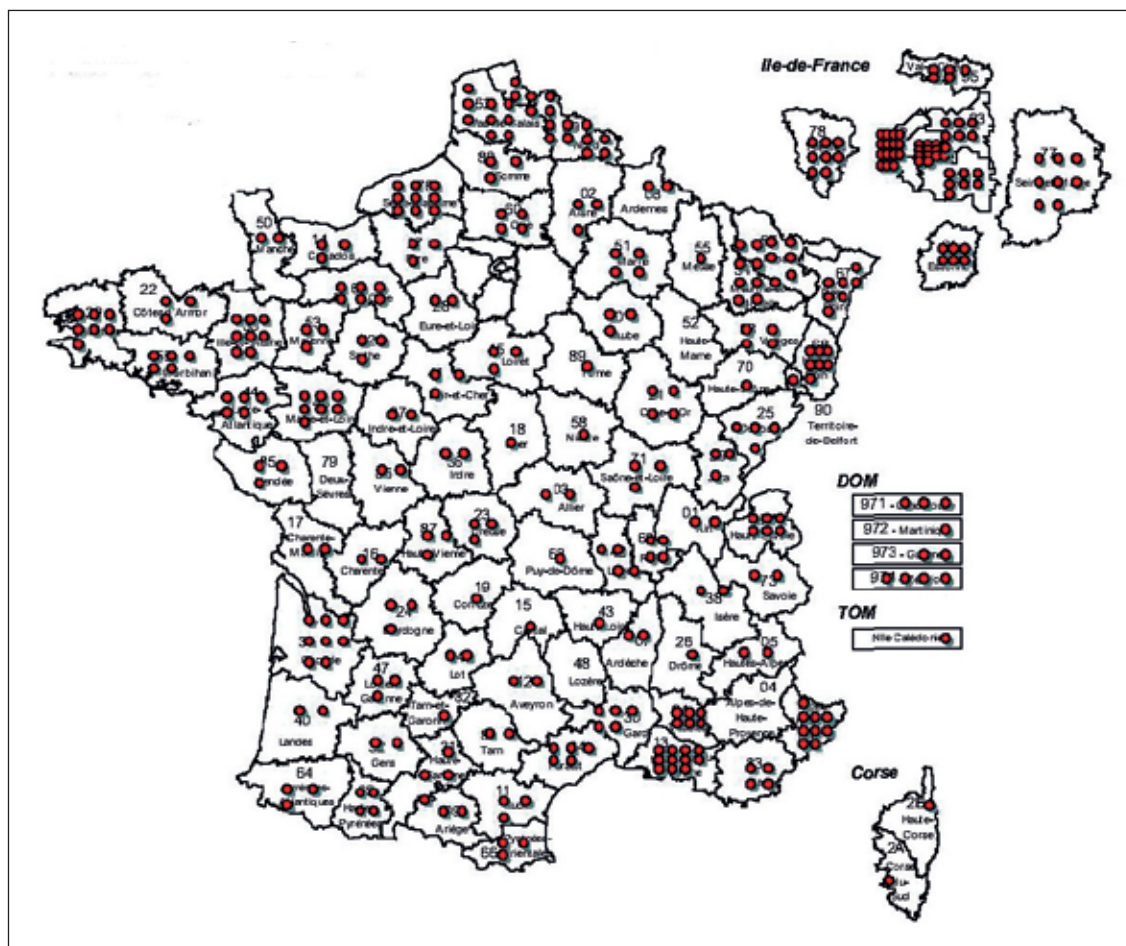
du changement », inventées dans le secteur privé, et de plus en plus utilisées dans le secteur public. À bien y réfléchir, ces méthodes ne faisaient que transposer dans le monde de l'entreprise des préceptes d'exercice du pouvoir largement inspirés de Machiavel ou d'autres stratèges célèbres.⁷ C'est donc par une forme de retour aux sources qu'on les retrouve dans le domaine du « nouveau management public », le passage par le secteur privé et l'actualisation de leurs méthodes à un monde où le pouvoir quotidien de l'État passe désormais moins par la violence physique que par le passé, et davantage par la violence symbolique, semblant avoir plutôt renforcé leur adaptation à l'objet que se propose l'agence gouvernementale.

Ces méthodes ont pour principe de tenter de contourner les oppositions plutôt que de les affronter de face, d'opérer des changements progressivement et de manière peu visible plutôt que par des mouvements brusques risquant de conduire à une confrontation. Elles sont particulièrement adaptées à l'action non hiérarchique sur des acteurs nombreux. Selon ces méthodes, il faut tenter de convaincre d'abord certains acteurs, ni trop hostiles au stratège central, ni trop inféodés à lui: les premiers sont de toute façon hors d'atteinte et les seconds seraient incapables d'en convaincre d'autres à leur tour, l'objectif ultime de la démarche étant de rallier une large majorité supposée initialement indécise. Il faut que ces alliés puissent reformuler le projet du stratège central dans des termes qui, sans rien changer au fond de sa démarche, le rendent acceptable par la plupart des autres. Or, c'est à peu près ce rôle que joue dans le dispositif de l'AAES Maubourg vis-à-vis des autres services d'urgence. En tant qu'urgentiste lui-même (et même urgentiste influent au sein de la Société française de médecine d'urgence, qui fait autorité du point de vue médical en la matière), Francis, le chef des urgences de Maubourg, est beaucoup plus crédible auprès de ses collègues qu'une agence ministérielle toujours soupçonnée de vouloir traduire en acte les volontés de restriction budgétaire du ministre.

Progressive et décentralisée, l'action ainsi initiée doit tout de même, du point de vue du ministère et de l'AAES, se développer au niveau national. Idéalement, il faudrait que tous les services adhèrent à leur démarche. Pourtant ceux-ci ne participent en principe aux travaux de l'AAES que sur la base du volontariat. Cette tension est constitutive du travail de l'agence ministérielle. D'un côté, afin d'être crédible auprès des hospitaliers, elle se présente à eux comme une agence purement technique, censée les « aider à résoudre leurs problèmes », et absolument non contraignante, d'où le principe du volontariat des services qui travaillent avec elle. « Nous avons

*“Tout se passe donc
comme si l'institution
centrale avait pris acte de
son incapacité à changer
les pratiques hospitalières
par décret et avait mis
en place une agence
chargée d'y arriver plutôt
par influence.”*

Figure 1 : Un affichage de généralisation de l'action – Établissements partenaires de l'AAES.



Source: AAES

des sociétés de conseil qui sont là pour vous, le pied à l'étrier, si vous en avez besoin », expliquent en substance les responsables de l'agence. De l'autre côté, ce volontariat fait partie d'un mythe mobilisateur, puisque l'objectif est bien que tous les services deviennent ainsi « volontaires ».

La volonté de l'agence de toucher l'ensemble du territoire, et donc d'exercer au niveau national un pouvoir politique, même si celui-ci ne s'avoue pas en tant que tel, se traduit dans l'image qu'elle donne d'elle-même. Lors d'une de ses conférences, ouverte à tous les hospitaliers de France, elle pointe sur une carte nationale, par de petits points rouges, comme autant de victoires sur une carte d'état-major, toutes ses « opérations », en affirmant fièrement que « 73 % » des établissements français sont concernés (cf. figure 1).

Une « opération » ne correspond cependant qu'à un service censé participer à ses travaux, et non à l'établissement dans son ensemble. Si on considère de plus qu'au sein même des services concernés, nombre de soignants demeurent étrangers à sa démarche, on se rend compte que le chiffre de 73 % avancé ne correspond nullement au nombre de soignants qu'elle a effectivement réussi à toucher, mais s'inscrit dans une logique de *marketing* tendant à accréditer sa popularité. Cette volonté de généralité est d'ailleurs celle qui finit par s'imposer à l'AAES. Peu après que le Directeur des hôpitaux au ministère ait souhaité passer « de l'artisanal à l'industriel », c'est-à-dire généraliser l'action de l'agence à l'ensemble du territoire national, celle-ci complète les phases « pilotes » et d'« approfondissement » de ses travaux par une troisième, dite de « déploiement ». Alors que les deux premières avaient été l'occasion pour elle

de mener des analyses relativement fouillées dans les services de soin, faisant parfois remonter des résultats contraires à sa ligne d'action même s'ils étaient rapidement oubliés (par exemple, que l'efficacité des services était plus grande quand ils avaient plus de personnel),

dans cette troisième phase, les recettes dégagées précédemment et conformes à l'objectif de restriction budgétaire cher au ministère, sont appliquées de manière quasi-automatique.



Ainsi, d'un lieu à l'autre, l'environnement (économique, institutionnel) de travail des soignants, et donc les chances qu'ils acceptent les « réformes », varient fortement. Pour le pouvoir central, cette dispersion des bonnes intentions à l'égard de ses projets devient à la fois une contrainte avec laquelle il doit composer et une ressource, puisqu'il en fait la base d'un nouveau principe d'action. Il s'agit pour lui de retraduire ces projets dans

des termes qui les rendent acceptables par le plus grand nombre d'acteurs et de mobiliser ceux-ci progressivement, ce que favorise le recours aux dispositifs « expérimentaux », « pilotes », etc. L'ensemble procède toujours, pour le centre, de la volonté d'exercer un pouvoir politique sur l'ensemble du territoire, mais ce pouvoir doit désormais compter avec la plus grande liberté d'action dont disposent des acteurs décentralisés.

Le tableau ici esquissé des transformations observées dans les hôpitaux français au cours des années 2000, notamment autour de l'enjeu du pouvoir dans ces établissements publics, demande cependant à être complété. Une vue plus large inclut ainsi non seulement les institutions nationales et les soignants, de manière plus précise, mais aussi les acteurs intermédiaires (directeurs d'hôpital, consultants, chefs de service, cadres infirmiers) dont le centre tente de faire ses relais, ainsi bien sûr que les patients, bénéficiaires ou « cibles » ultimes de la politique hospitalière. Enfin, au-delà des hôpitaux, ces transformations renseignent sur la nature du « nouveau management public », cet ensemble d'idées et de pratiques inspirées du secteur privé, que certains tentent de plus en plus d'appliquer au secteur public, comme en témoignent les changements impulsés par la Loi organique sur les lois de finance (LOLF, 2001) ou encore la Révision générale des politiques publiques (RGPP, 2007).

N. B.

1. Howard Becker, *Les ficelles du métier*, Guides Repères (Paris : La Découverte, 2002), 95.
2. Vincent Dubois, éd., *Politiques locales et enjeux culturels : les clochers d'une querelle, XIX^e-XX^e siècles*, Travaux et documents (Paris : Comité d'histoire du ministère de la Culture, 1998), 14.
3. Jacques Revel, *Jeux d'échelles*, 1998 éd. (Paris : Seuil, 1996).
4. Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Textes à l'appui – Enquêtes de terrain (Paris : La Découverte, 2010).
5. Sur le terme de réformes, cf. Howard Becker, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, 1985 éd. (Paris : Métailié, 1963); Christian Topalov, éd., *Laboratoires du nouveau siècle : la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Civilisations et sociétés (Paris : Éd. de l'EHESS, 1999). Pour une présentation générale de cette entreprise dans le secteur de la santé, cf. Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Raisons d'agir (Paris : Éditions du croquant, 2007).
6. Sauf impossibilité, les noms de lieux, de personnes et d'institutions sont anonymisés.
7. Nicolas Belorgey, *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public* (Thèse de sociologie, sous la direction de Florence Weber, Paris, EHESS, 2009), chap. 7.