

PIERRE-ANDRÉ JUVEN
FRÉDÉRIC PIERRU
FANNY VINCENT

La casse du siècle

À propos des réformes de l'hôpital public



RAISONS D'AGIR
2019

INTRODUCTION

Aux grands maux les grands remèdes

LES « CAUSES PROFONDES »

Le 15 avril 2018, Emmanuel Macron, président de la République depuis un peu moins d'un an, est interviewé par un journaliste de BFM-TV, Jean-Jacques Bourdin, et par le fondateur de Mediapart, Edwy Plenel¹. À cette occasion, une question lui est posée à propos d'une pétition lancée quelques semaines auparavant par plusieurs médecins hospitaliers demandant que les tarifs des séjours soient augmentés de façon à desserrer l'étau pesant sur le quotidien des services². Le président de la République concède que les difficultés rencontrées par les hôpitaux sont bien réelles – ils seraient même « étranglés », reconnaît-il –, mais il invite à se pencher sur les « causes profondes » de la « crise » de l'hôpital : celle-ci appellerait d'abord « une réponse [en termes] de réorganisation de nos services [...] et de ce qu'il y a entre ce qu'on appelle la médecine de ville et les hôpitaux, pour éviter que tout le monde aille aux urgences ».

Ces « causes profondes » servent à marteler une idée simple, répétée en boucle depuis plus de trente ans : les difficultés de l'hôpital ne viendraient pas du manque de moyens financiers, matériels et humains, mais d'un problème d'organisation et d'efficience. Surtout, insiste Emmanuel Macron, et plus radicalement, il conviendrait de redéfinir les missions de l'hôpital : « Et quand je dis qu'il faut repenser à la fois l'hôpital

et la médecine de ville, c'est qu'il faut repenser le "comment on va chez le médecin". La rhétorique des « causes profondes » renvoie les professionnels hospitaliers au (vieux) monde des *illusions* et des « facilités » du « toujours plus ». Alors que ceux-ci se contenteraient de dénoncer les effets de la crise hospitalière, le réformateur zélé aurait, lui, la lucidité et le courage de s'attaquer aux racines du mal hospitalier. Le resserrement de la contrainte budgétaire serait dès lors une opportunité pour inciter les agents hospitaliers à se réformer eux-mêmes, à revoir leurs routines et leur rôle dans le système de soins. Augmenter les moyens reviendrait, *a contrario*, à entretenir la fameuse « addiction à la dépense publique³ ».

Un hôpital, surtout public, est par nature un lieu « sous pression⁴ » ; mais, lorsque cette pression monte sans arrêt, la situation devient dangereuse. Depuis dix ans, et particulièrement depuis 2015, protestations et cris d'alarme se multiplient, émanant non seulement des infirmières, des aides-soignantes, des cadres, des brancardiers, des praticiens hospitaliers, y compris des élites médicales, mais aussi des directions hospitalières elles-mêmes, fatiguées d'être prises entre le marteau des agences régionales de santé (autrement dit l'État) et l'enclume professionnelle et syndicale (autrement dit les soignants)⁵. Des documentaires et des films témoignent d'un travail quotidien pénible et anxiogène⁶. Le rapide succès sur Twitter du hashtag #BalanceTonHosto a attiré l'attention publique sur la précarité des conditions de travail et l'inhumanité qui en résulte dans la prise en charge des patients, en particulier dans les établissements destinés à l'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad). La création d'un groupe dénommé « Hôpital debout » lors des rassemblements de Nuit debout a été une autre expression du malaise hospitalier. Bien sûr, on ne compte plus le nombre d'émissions de radio et de télévision, d'enquêtes dans la presse écrite

consacrées à la « crise de l'hôpital »⁷. Plus dramatiques sont les cas, souvent médiatisés, de suicides dans plusieurs hôpitaux, attribués à des conditions de travail réprouvées ou à la banalisation des pratiques de harcèlement dans des structures au climat social passablement dégradé. De leur côté, les porte-parole d'associations de patients et d'usagers dénoncent le sort qui leur est fait dans un hôpital fonctionnant sur le fil du rasoir⁸. La mise en ligne en janvier 2018 d'un *No Bed Challenge*, où les services des urgences peuvent indiquer chaque nuit le nombre de patients dormant sur des brancards faute de lits disponibles, complète encore ce rapide inventaire⁹.

À la faveur de la médiatisation et de la politisation de l'enjeu, chaque nouveau gouvernement est sommé d'apporter son écot à la résolution de la crise apparemment sans fin de l'hôpital : François Hollande et son *Pacte de confiance pour l'hôpital public* en 2012, Nicolas Sarkozy et sa loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST) en 2009, Jacques Chirac et son *Plan Hôpital 2007* en 2003, de même que son Plan Juppé en 1995, etc. Pourtant, cette accumulation ne doit pas faire illusion : certes, les réformes s'empilent depuis les années 1980, mais, loin d'engager des réorientations substantielles selon la couleur des gouvernements, elles se distinguent par la remarquable continuité de leur logique. En matière d'objectifs, d'abord : il s'agit d'en finir avec un « hospitalocentrisme » budgétivore et obsolète. En termes de moyens, ensuite : on exige la « transparence » sur les coûts et la qualité des soins grâce au déploiement des systèmes d'information, on instille de la concurrence et de l'« émulation », on fusionne et hiérarchise les établissements, on favorise le « virage ambulatoire », on revoit le « management » interne afin d'y importer les principes de la gouvernance d'entreprise, célébrée pour sa souplesse, sa réactivité et son efficacité (contrairement à la lourdeur du statut de la fonction publique hospitalière et

aux règles de la gestion publique), etc. La *doxa* néomanagériale prône une nécessaire conversion des services publics en structures « autonomes », « flexibles » et frugales, dirigées non plus par les professionnels exerçant en leur sein mais par des catégories nouvelles de « managers » formés ou convertis à la gestion, à l'optimisation des ressources humaines, sinon au marketing. Ces nouvelles élites hospitalières, loin d'être toujours des prosélytes du *nouveau management public*, subissent elles-mêmes souvent les nouvelles règles du jeu de l'État social « efficient » et doivent affronter, sur pression de leurs tutelles, le « pouvoir médical » qu'il s'agit pour elles de « rationaliser ». La France compte aujourd'hui plus de 3 000 établissements de santé, dont 1 376 hôpitaux publics, 1 003 cliniques privées et 686 établissements privés à but non lucratif¹⁰. La taille de ces établissements, leur implantation territoriale, leur mode de fonctionnement et de financement sont très variés, ce qui rend difficile, de prime abord, une analyse de l'hôpital public pris au singulier. Quatre indicateurs permettent cependant de se faire une idée des tendances à l'œuvre. La réduction des capacités d'hospitalisation à temps plein, tout d'abord. Depuis une décennie, entre 2003 et 2016, ce sont 13 % des lits qui ont été supprimés (64 000 au total). *A contrario* et durant la même période, le nombre de lits d'hospitalisation à temps partiel (c'est-à-dire pour moins de vingt-quatre heures, uniquement le jour ou la nuit) a, lui, progressé de 53 %, passant de 49 000 à 75 000, soit la création de 26 000 lits. L'évolution et le contraste sont spectaculaires. Ils sont la marque d'une diminution drastique des capacités d'hospitalisation. Deuxième indicateur, le nombre de prises en charge aux urgences a lui aussi significativement augmenté. En vingt ans, il a doublé, passant de 10 millions à 20 millions. L'emploi hospitalier est le troisième indicateur significatif, à condition qu'il soit mis en regard avec la charge de travail et le nombre d'arrêts

ÉVOLUTION DE L'EMPLOI ET DE L'ACTIVITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SANITAIRES

	2011	2016	Évolution 2011-2016 en %
DONNÉES CONCERNANT L'EMPLOI			
Nombre total d'emplois, dont:	879 485	899 526	2,3
Emplois médicaux (hors sages-femmes)	119 933	129 348	7,9
Emplois non médicaux, dont:	759 552	770 178	1,4
■ Personnel administratif	95 884	96 191	0,3
■ Personnel soignant, dont notamment:	515 749	525 246	1,8
■ Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 495	17 492	0,0
■ Infirmiers	222 848	233 850	4,9
■ Aides-soignants	172 565	174 620	1,2
■ Agents service hosp. et autre pers. des services méd.	67 844	62 244	- 8,3
■ Personnel éducatif et social	11 055	11 733	6,1
■ Personnel médico-technique	40 810	41 913	2,7
■ Personnel technique	96 054	95 095	- 1,0
DONNÉES CONCERNANT L'ACTIVITÉ			
Nombre total de séjours dont:	15 070 504	15 600 523	3,5
■ Nbre séjours hospit. partielle	7 405 597	7 669 715	3,6
■ Nbre séjours hospit. complète	7 664 907	7 930 808	3,5
Nbre séances (chimio., radio., dialyse, mais hors préparations de chimiothérapie délivrées)	3 502 116	3 959 687	13,1
Nbre passages aux urgences	15 215 175	17 136 066	12,6

(Source: données compilées de la Drees, *Le Panorama des établissements de santé*, éditions 2013 et 2018.)

maladie. Entre 2005 et 2009, l'activité dans le secteur public hospitalier a augmenté de 11 % quand, dans le même temps, l'emploi n'a progressé que de 4 %¹¹. Pour la période récente, les chiffres à notre disposition sont plus lacunaires. Toutefois, les données concernant les établissements sanitaires publics révèlent une augmentation bien moindre des emplois par rapport à la période précédente, voire des évolutions à la baisse pour le personnel d'encadrement soignant et les agents de service hospitalier, alors que les chiffres concernant l'activité sont toujours à la hausse. Il convient d'ajouter à ces chiffres un troisième indicateur : le nombre important d'arrêts maladie, ce qui réduit encore les effectifs : en moyenne, 10,2 jours par an et par salarié du secteur public hospitalier (contre 7,9 dans l'ensemble des secteurs)¹².

Enfin, le quatrième élément crucial est la contraction des moyens alloués à l'hôpital. Comme pour l'emploi, si dans l'absolu le financement est en augmentation, son taux de progression est en diminution depuis 2002, diminution permise notamment par une baisse des tarifs hospitaliers¹³. Cette logique est particulièrement marquée pour 2018, puisque ce sont 1,4 milliard d'euros qu'on a cherché à économiser, notamment en « structurant des parcours de soins efficaces » ou en « améliorant la performance interne des établissements¹⁴ ».

Pris ensemble, ces éléments permettent de saisir l'état actuel de nombreux hôpitaux publics : des organisations financièrement fragiles employant un personnel sous tension, autrement dit des structures en crise. Il est d'ailleurs important de relever qu'une note récente du très officiel organisme France Stratégie consacrée aux gisements d'économies dans la dépense publique souligne que le coût de l'hôpital public français est de 0,5 point de PIB inférieur à la moyenne des pays analysés, un chiffre rarement mis en évidence¹⁵. Il n'y a donc pas d'exception hospitalière française dont nous devrions avoir

honte et qui supposerait d'avoir le « courage politique de faire les vraies réformes qui s'imposent et que nous avons trop longtemps différées, au contraire de nos voisins européens », selon le mantra inlassablement répété sur les plateaux des émissions télévisées dites « d'analyse politique ».

D'UNE « CRISOLOGIE » À L'AUTRE

Comment analyser cette situation ? Deux grilles de lecture s'opposent aujourd'hui. La première est celle des « causes profondes » que nous venons d'évoquer. Elle est largement portée par les élites politiques, bureaucratiques et médiatiques, qui dénoncent un « immobilisme » coupable de n'avoir pas su redéfinir les missions de l'hôpital. Brandissant le « virage ambulatoire » comme totem, elles visent à réorganiser les établissements et leurs services de façon à économiser de coûteuses nuitées d'hospitalisation tout en adaptant la prise en charge aux souhaits des patients (qui voudraient rentrer chez eux au plus tôt). C'est le fantasme de « l'hôpital aéroport » : le patient atterrit et redécollé presque aussitôt, après avoir subi l'intervention technique que son état requiert. Cette première lecture de la crise hospitalière, nous l'appelons *organisationnelle-gestionnaire*. Plus qu'une simple réforme de l'organisation interne de l'hôpital, elle induit une vision politique de ce que doivent être la médecine et le soin, la solidarité et la collectivisation du risque. La deuxième grille de lecture est celle de nombreux professionnels de santé, des syndicats et de certains mouvements sociaux. Ils dénoncent la pénurie financière, matérielle et humaine, avec pour conséquence des services chroniquement débordés et, par exemple, les patients en attente de prise en charge obligés de dormir sur des brancards dans les couloirs. Ils pointent du doigt un ralentissement

continu du rythme d'augmentation des dépenses de santé depuis 2002 et le « sacrifice organisé d'un service public emblématique¹⁶ ». Cette deuxième lecture, que nous appelons *budgétaire*, dénonce, derrière la « politique des caisses vides¹⁷ » infligée à l'hôpital, un double mouvement typiquement néolibéral de centralisation autoritaire étatique et de marchandisation qui sacrifie l'effectivité des droits sociaux – ici, l'égalité d'accès aux soins – en la subordonnant à la compétitivité et aux devoirs des États vis-à-vis de leurs créanciers¹⁸. Cette austérité permanente imposée à l'hôpital public serait d'autant plus problématique que ce dernier doit prendre en charge des populations chassées de la médecine de ville en raison de la banalisation de la pratique du dépassement d'honoraires, mais aussi, bien entendu, de l'impossibilité de trouver des médecins dans certaines régions périurbaines ou rurales, voire aussi désormais dans des grands centres urbains (les fameux « déserts médicaux »).

Dans la réalité, bien sûr, le tracé de la frontière entre ces deux camps est plus heurté et labile. Les réformateurs de l'hôpital se recrutent dans l'État mais aussi dans le champ hospitalier lui-même. La rationalité gestionnaire ne peut, en effet, avoir prise sur un champ historiquement autonome que parce qu'elle sait jouer de ses divisions internes. Et ceux qui contestent les réformes dénoncent à la fois le manque de moyens et la nécessité de revoir l'organisation hospitalière. Si la confrontation de ces deux grilles de lecture permet d'ôter à la « crise » son caractère « naturel », elle n'en pose pas moins un problème majeur. Où se situer ? La première lecture apporte une critique de la domination mandarinale et du « tout hôpital » ; la seconde, elle, est une critique de la domination gestionnaire et de la quête entêtée d'une efficacité jamais satisfaite. Chacune porte en elle une solution : moins d'hôpital, ou plus de moyens. Notre thèse est la suivante : l'analyse sociologique

et historique des réformes hospitalières montre que la domination gestionnaire et austéritaire a tout autant conduit à cette situation de « crise » des hôpitaux que la domination mandarinale et l'idéologie du « tout hôpital ». Nous défendons l'idée que la critique de l'une n'exclut pas celle de l'autre et qu'il est possible, voire nécessaire, de plaider simultanément pour une augmentation des moyens accordés à l'hôpital public et pour la nécessité de le délester de certaines tâches, à condition que le report vers la ville soit correctement financé et organisé, ce qui est aujourd'hui loin d'être le cas.

DE RÉFORMES EN FAILLITES, DE FAILLITES EN RÉFORMES

Alors que les groupes réformateurs ayant porté les projets de loi et autres « plans santé » répètent à l'envi qu'ils défendent l'hôpital public et cherchent à le sauver, force est de constater que ces réformes ont, en réalité, accentué la précarité financière de nombreux établissements sans améliorer les conditions de travail des soignants, ni, à certains égards, la prise en charge des patients. On observe par ailleurs une multitude de faillites. Au sens fort du terme lorsque l'État est obligé d'ordonner une mise sous tutelle de certains hôpitaux, qui se retrouvent au bord du gouffre financier. Faillite organisationnelle et humaine lorsque des patients passent la nuit sur des brancards dans les couloirs, lorsque tant de professionnels sont victimes de burn-out. Il suffit alors pour les réformateurs de renverser la perspective en considérant ces faillites comme un point de départ et non comme le fruit de décennies de politiques publiques. Aux grands maux les grands remèdes ! Les vieilles solutions sont alors recyclées : toujours plus d'efficience, de réorganisations et, surtout, d'innovations.

Nous insistons dans ce livre sur l'imbrication étroite entre un registre bureaucratique-expert prônant la réorganisation de l'hôpital et une logique politique visant à faire triompher une conception technico-gestionnaire de l'institution hospitalière. Si l'hôpital a été jadis un lieu d'accueil sans soins, puis est devenu, au ^{xx}e siècle, un lieu d'accueil et de soins, nous verrons qu'est en cours de fabrication et de légitimation un hôpital virtuellement sans accueil, consacré aux seuls soins techniques et hyperspécialisés ; en somme, un « techno-hôpital » où le numérique et l'innovation sont les valeurs cardinales, où le travail de *care* et de suivi des patients est délégué, privatisé et externalisé aux portes de l'hôpital, lorsqu'il n'est pas renvoyé aux familles des patients, rebaptisés pour l'occasion « aidants ». Cette conception étriquée est un contresens dans la mesure où l'hôpital est de plus en plus confronté à une population vieillissante et/ou précarisée, ainsi qu'à des personnes atteintes de maladies chroniques¹⁹ : toutes ces catégories de patients nécessitent certes des soins techniques, mais ils demandent aussi et surtout une prise en charge psychologique et sociale, en sus d'un travail de prévention individualisé. Cette conception technico-gestionnaire conduit, en outre, à des logiques de « micro-privatisation », par définition inégalitaires. Celles-ci aboutissent à la réallocation des ressources publiques : une partie de plus en plus importante de dépenses longtemps socialisées, grâce à la Sécurité sociale, et de services délivrés dans un cadre public est reportée sur les particuliers et sur les modalités privées de protection maladie (complémentaires santé). L'expression « micro-privatisation » a pour intérêt d'insister sur une dynamique incrémentale, opérant à bas bruit, mais dont la portée est, au final, majeure.

Il faut partir d'un constat trivial oublié des partisans de la grille de lecture organisationnelle-gestionnaire : l'hôpital public est partie prenante d'une offre de soins aux composantes

multiples. Il supporte le poids des régulations, ou de l'absence de régulation, des compartiments qui l'entourent en amont et en aval, tout particulièrement celui de la médecine de ville et des cliniques, de plus en plus travaillées par des logiques marchandes²⁰. Impossible de comprendre la situation actuelle sans porter un regard sur ces décennies où l'hôpital s'est vu confier toujours plus de missions tout en étant la proie privilégiée de l'orthodoxie budgétaire (chapitre 1). L'effet ciseaux a nécessairement des conséquences sur l'organisation hospitalière et sur les conditions de travail des différentes catégories de personnel (chapitre 2). Ces problèmes d'organisation ne sauraient être vus comme de simples états de fait. Ils sont, bien au contraire, le résultat d'un étouffement financier dès lors que l'Assurance maladie et l'État refusent de desserrer l'étau pourtant dénoncé de toutes parts (chapitre 3). Comment donc mieux soigner à la fois les vies, dans leur double dimension biologique et biographique²¹, et les comptes sociaux ? La solution surgirait comme par magie de « l'innovation », qu'elle soit thérapeutique, numérique, technique ou organisationnelle (chapitre 4). Dans cette configuration transformant en profondeur la fonction et le sens politique de l'institution, la mobilisation en faveur de l'hôpital public peine à contenir les réformes d'inspiration gestionnaire. Si, au quotidien, la contestation est multiforme et si certaines mobilisations collectives réussissent localement à ralentir les restructurations, les clivages internes à un milieu hospitalier à la fois très hétérogène et hiérarchique font globalement le jeu d'une domination gestionnaire qui se nourrit de ces divisions pour mieux neutraliser les revendications formulées dans un cadre collectif (chapitre 5).

Ce livre entend donc offrir une lecture historique et sociologique de la « crise hospitalière ». Cela à partir des enquêtes empiriques au long cours, essentiellement qualitatives, voire

ethnographiques, menées séparément par les trois auteurs, par des entrées différentes (le financement de l'hôpital, l'organisation et les conditions de travail des soignants, les réformes de l'administration hospitalière ou encore l'impact des instruments de gestion sur les prises en charge), mais aussi à partir des travaux de sciences sociales qui tendent à se multiplier sur le sujet depuis une quinzaine d'années.

1

Un colosse
aux pieds d'argile

Les élites réformatrices, qu'elles soient politiques, bureaucratiques, expertes, professionnelles ou académiques, fustigent la place trop grande accordée à l'hôpital dans le système de santé. L'hospitalocentrisme, loin de n'avoir que des vertus, sert alors commodément à justifier les baisses systématiques de moyens au nom de la transformation du système de santé et du « décloisonnement » entre la ville et l'hôpital. Dès lors, il convient pour l'observateur d'être attentif à ne sombrer ni dans la dénonciation simpliste de la centralité de l'hôpital, ni *a contrario* dans une défense aveugle de ce même système, qui pèse lourdement sur les épaules des soignants. Tenir cette position exige de prendre de la distance et de considérer la contingence de la situation actuelle. La perspective historique nous enseigne que c'est l'État lui-même, appuyé par les élites hospitalières, qui a institué, à partir des années 1950, un hôpital omnipotent chargé tout à la fois de la prévention, des maladies aiguës et chroniques, de l'enseignement et de la recherche. Bien plus qu'un centre de santé, l'hôpital est devenu *le centre de la santé*. Mais, parallèlement, si l'État a contribué à fabriquer ce géant, il lui a progressivement façonné des pieds d'argile : à la grande différence de la médecine de ville, où la confrontation avec les puissants syndicats de médecins libéraux a été constamment évitée, l'hospitalocentrisme s'accompagne d'une mainmise croissante de l'État, lequel cherche à concilier l'égalité d'accès aux soins, la qualité et la sécurité de ces soins avec, bien entendu, la maîtrise des coûts.

LE GRAND PARTAGE DE 1958

Si la place centrale de l'hôpital public dans le système de santé français a, de fait, concouru à sa grandeur, elle est aussi la source de sa fragilité car elle fait porter sur ses épaules une responsabilité sans commune mesure avec les moyens qui lui sont accordés. Pour comprendre cette situation paradoxale, il faut remonter à la fin du XVIII^e siècle et aux deux révolutions qu'a connues le système de santé français. Chacune de ces révolutions correspond à la conjonction de deux dynamiques de crise : crise de l'ordre social et politique d'une part, crise de la reproduction des institutions et de la hiérarchie médicales d'autre part.

La première révolution hospitalière est contemporaine de la matrice de toutes les révolutions : la Révolution française. Dans un premier temps prévaut un libéralisme radical : les institutions médicales de l'Ancien Régime sont mises à bas au profit de la liberté complète d'exercice de la médecine. Or les résultats ne sont pas au rendez-vous. Aussi, sur cette *tabula rasa*, le Directoire puis l'Empire font-ils prévaloir un libéralisme plus tempéré. Le monopole de l'exercice de la médecine est rétabli au profit des seuls titulaires du titre de docteur en médecine, lesquels sont formés dans de nouvelles écoles. Médecine et chirurgie, qui reposaient sur deux filières distinctes de recrutement et de formation, sont unifiées. Le champ médical en formation se structure en trois pôles. Le premier, dominant, est celui de la *médecine anatomoclinique*. L'hôpital, arraché à la tutelle de l'Église pour être transformé en établissement communal, en est le centre de gravité. Les médecins cliniciens y trouvent le « stock » de malades pauvres qui leur permet, via l'autopsie de masse (à cette époque, en effet, la médecine a une très faible efficacité thérapeutique et se contente de décrire les maladies), de faire le lien entre

symptômes et lésions des tissus et des organes²². C'est ainsi qu'ils identifient et affinent les entités nosologiques. Ces médecins cliniciens, qui exercent à la fois à l'hôpital et en cabinet privé, occupent le sommet de la hiérarchie. Recrutée via le concours censément méritocratique et très sélectif de l'internat – auquel viendront s'adjoindre les concours du clinicat et du médicat –, cette élite est hospitalière. Autrement dit, à compter du XIX^e siècle, l'hôpital devient le centre de gravité de la production des connaissances nouvelles comme de la reproduction du corps médical. Cette configuration rencontre, dans un premier temps, un grand succès, notamment du fait des « voyages médicaux » de cliniciens et d'étudiants étrangers en France²³. Dans ce contexte, les deux autres pôles du champ médical occupent une position subordonnée, pour ne pas dire marginale. Le deuxième pôle, celui de la *médecine sociale*, qui s'intéresse à la santé de la population, connaît avec le mouvement hygiéniste un succès indéniable mais relativement court. Dès le début du XX^e siècle, les cliniciens marginalisent les médecins, qui avaient pourtant contribué à mettre en place des mesures, souvent à l'échelle municipale, ayant considérablement amélioré l'espérance de vie (déplacement des cimetières hors des villes, suppression des abattoirs individuels, égouts, etc.). La marginalité durable de la santé publique française date de cette époque. L'élite hospitalière règne sans partage, et sa reproduction est parfaite : tous les titulaires des chaires médicales sont, sans exception, des hospitaliers, alors même qu'aucun texte n'exige une telle automaticité²⁴. Le troisième pôle est celui des *sciences dites « auxiliaires »*, comme la biologie et la chimie. Composé d'agents qui sont plus des scientifiques que des médecins, il est cantonné dans des institutions périphériques, sinon, à l'époque, marginales, comme l'Institut Pasteur. Les cliniciens français ne sont en effet guère portés au travail en laboratoire.

La domination et la reproduction de l'élite clinique finissent par devenir contre-productives. À partir du dernier tiers du XIX^e siècle, l'étoile de la clinique française commence à pâlir. La principale raison en est que le lieu de production de l'innovation médicale se déplace du lit du malade vers les laboratoires des physiciens, des biologistes, des chimistes, comme en Allemagne et aux États-Unis. Dans l'entre-deux-guerres, de plus en plus de jeunes médecins prennent conscience du retard accumulé par les cliniciens français. Deux disciplines sont à l'avant-garde de ce qui va devenir la médecine biologique d'après-guerre (ou biomédecine, rapprochant la clinique des laboratoires) : la cancérologie et la pédiatrie. La cancérologie nécessite en effet des équipements de plus en plus coûteux en raison de la découverte des rayons X et des applications médicales de ceux-ci (bombes au radium, radiothérapie)²⁵. L'Institut Curie, dirigé à Lyon par Claudius Regaud, est un haut lieu de l'innovation thérapeutique : la médecine y devient expérimentale, les médecins, qui se consacrent à plein temps à leurs malades, sont aussi des chercheurs. Les pédiatres, de leur côté, en raison de l'importance de la vaccination dans leur activité, entretiennent des liens étroits avec les chercheurs de l'Institut Pasteur. La clinique pure du XIX^e siècle est, en résumé, de plus en plus concurrencée et dysfonctionnelle.

Après la Seconde Guerre mondiale, l'ordre médical entre dans la phase aiguë de sa crise. Il est de plus en plus contesté par les nouveaux entrants et par une partie des élites médicales²⁶. Nombre de jeunes médecins convaincus de la nécessité d'une réforme radicale ont trouvé au sein de la Résistance un porte-parole : le pédiatre Robert Debré, lequel prend la tête du Comité médical de la Résistance, qui jette les bases d'une nouvelle révolution médicale. Ce comité ambitionne de doter la France d'une médecine de qualité, à la pointe du progrès scientifique, accessible à tous. Une telle révolution passe par

la transformation radicale de la reproduction des élites médicales et de leur institution : l'hôpital. Celui-ci doit devenir le haut lieu de cette biomédecine de pointe où soins, recherche fondamentale et enseignement ont vocation à se fonder réciproquement. Le progrès médical réclamant des médecins hospitaliers qui consacrent tout leur temps aux soins, à la recherche et à l'enseignement, il apparaît nécessaire de mettre un terme à la pratique conjointe de la médecine hospitalière et de la médecine privée.

Les médecins modernistes ont acquis par leur action dans la Résistance une forte légitimité. La Libération pose les premières pierres de cette médecine moderne car leurs leaders, Robert Debré et Eugène Aujaleu, sont alors conseillers du ministre communiste de la Santé publique François Billoux. Le recours aux ordonnances, qui permet de contourner le veto des nombreux médecins parlementaires partisans du statu quo, fait de l'hôpital un service public ouvert à l'ensemble de la population et donc aussi aux assurés sociaux des classes moyennes et supérieures, dits « payants ». La Sécurité sociale nouvellement créée va permettre aux établissements de se doter progressivement de plateaux techniques conformes à l'évolution des connaissances. Pour autant, ces premières mesures ne suffisent pas à combler le retard français à l'égard de la *big biology* américaine. La révolution du champ médical requiert des circonstances politiques exceptionnelles, en l'occurrence les convulsions de la IV^e République en pleine guerre d'Algérie et l'avènement de la V^e République²⁷. Soulignons à nouveau la force d'inertie de la hiérarchie médicale, dont les intérêts ne peuvent être remis en cause que dans des conjonctures de crise de l'ordre social et politique (ce qui sera à nouveau vérifié en 1968). C'est qu'il faut une situation exceptionnelle pour faire aboutir la révolution médicale élaborée dans les milieux de la Résistance : un changement de République qui donne

au pouvoir exécutif l'ascendant sur l'Assemblée nationale, et un leader, Robert Debré, dont le fils n'est ni plus ni moins que le Premier ministre... Les « Jeunes Turcs » (les jeunes médecins passés par la Résistance) en profitent pour pousser leur avantage. La réforme Debré, elle aussi adoptée par ordonnances, bouleverse les principes définis au moment de la Révolution française. Une deuxième révolution est alors à l'œuvre.

La création des centres hospitaliers universitaires (CHU), l'instauration du temps plein hospitalier et la reconfiguration des études médicales sont, en effet, révolutionnaires. Les médecins hospitaliers, qui jusqu'alors se partageaient entre patients pauvres à l'hôpital et clientèle aisée en ville, doivent désormais se consacrer à temps plein à leur activité hospitalière. La réforme Debré opère un grand partage entre médecine privée et médecine hospitalière, entre médecins libéraux et médecins salariés. L'unité de l'élite médicale vole en éclats, ce qui aura des conséquences considérables et largement imprévues. Par ailleurs, l'excellence médicale ne consiste plus dans la seule virtuosité clinique : les médecins doivent devenir des chercheurs qui entretiennent des relations étroites avec les laboratoires de la recherche fondamentale. Enfin, tous les étudiants en médecine doivent bénéficier d'une formation à la fois théorique et scientifique, avec des enseignements préparatoires à la recherche en biologie humaine, et pratique, clinique, au chevet du malade. La révolution en gestation accouche ainsi de la figure contemporaine du membre de l'élite médicale : le médecin hospitalo-universitaire. Celui-ci a trois « casquettes », celles du clinicien, du chercheur et de l'enseignant. Hospitalocentrisme, déclin de la médecine générale au profit d'une hyperspécialisation, assorti d'un sentiment de mépris éprouvé par les médecins libéraux, cloisonnement entre la ville et l'hôpital : nombre des problèmes rencontrés actuellement trouvent leur source dans ce grand partage. De fait, médecine de ville et médecine

hospitalière relèvent de politiques publiques différentes : la première dépend des négociations entre la Sécurité sociale (dans sa branche maladie à partir de 1967), l'État et les syndicats de professionnels libéraux, tandis que la seconde relève de la seule compétence de l'État²⁸. Les conflits d'intérêts entre ces deux compartiments clés de l'offre de soins se multiplient.

La « régulation » de la démographie médicale est l'un de ces conflits²⁹. Dans le sillage de la crise politique de mai 1968 et de la protestation étudiante contre les « mandarins », les facultés de médecine ouvrent largement leurs portes. Des cohortes nombreuses de nouveaux médecins sont formées, au point que les hospitalo-universitaires, chargés de leur formation, tirent le signal d'alarme : ils ne peuvent faire face à cet afflux. Sous leur pression est institué, en 1971, un premier *numerus clausus* qui restreint l'accès à la deuxième année d'études. Mais, de leur côté, les médecins libéraux voient d'un fort mauvais œil cette orientation malthusienne de l'élite hospitalière car ils estiment ne pas être suffisamment nombreux pour répondre à la demande nouvelle suscitée par la solvabilisation des assurés sociaux par la Sécurité sociale. Leurs conditions de travail s'en ressentent (longues journées de travail, peu de jours de repos, etc.). Le front va néanmoins se renverser quelques années plus tard : les cohortes fournies de nouveaux praticiens se déversent à compter de la fin des années 1970 en médecine de ville, poussant les principaux syndicats de la profession à s'alarmer publiquement de la « pléthore médicale ». Cette inquiétude débouche sur l'instauration d'un nouveau *numerus clausus*, qui se resserrera de plus en plus au cours des vingt années suivantes. Les intérêts des syndicats de médecins libéraux rencontrent, en effet, ceux des hauts fonctionnaires défendant une conception orthodoxe des dépenses publiques. Pour les premiers, moins de médecins signifie moins de concurrents et donc plus de revenus. Pour les seconds, cela veut dire moins de prescripteurs et moins de

dépenses. Cependant, pour les hospitalo-universitaires, moins d'étudiants en médecine signifie moins d'internes pour faire tourner les services. Le conflit saute aux yeux. L'enjeu de la démographie médicale n'est qu'une illustration des conséquences imprévues du grand partage opéré par la réforme de 1958.

L'autre enjeu est celui de la santé publique. Certes, la France a comblé une grande partie de son retard à l'égard de la médecine biologique américaine. Toutefois, l'hôpital est devenu le lieu de la formation, de la pratique et de la reproduction d'une biomédecine encline à envisager le progrès médical sous le seul angle de la sophistication croissante des moyens techniques de diagnostic et de thérapeutique. Le sens clinique qui avait fait la réputation des mandarins français se démonétise rapidement. Cette « forteresse » est en outre coupée de la santé publique et de la médecine de ville. La résolution d'une crise a donc pavé le chemin vers une autre à mesure que les succès de la médecine biologique faisaient reculer les maladies aiguës et que des maladies dites « chroniques » prenaient le relais : le diabète, l'hypertension, le cancer, par exemple, ont certes des origines génétiques et biologiques mais aussi des causes sociales (comportements dits « à risques », expositions professionnelles...) et environnementales. La lutte contre les maladies chroniques suppose en partie de renouer avec les raisonnements de la médecine sociale du XIX^e siècle, qui incitaient à agir sur les milieux de vie.

Cela dit, il reste un vestige des origines libérales de la médecine hospitalière : le fameux « secteur privé » au sein même de l'hôpital public. En effet, les concepteurs de la réforme de 1958 craignaient que le rejet – viscéral – du salariat ne l'emporte sur l'attrait de l'exercice dans ce qui était appelé à devenir le haut lieu de la médecine de pointe. Dès lors, ils ont réservé le droit aux chefs de service, nommés à l'époque à vie par le ministre de la Santé, de consacrer une part de leur temps à soigner une

clientèle privée, mais avec les moyens de l'hôpital public, en échange du reversement d'une « redevance » prélevée sur les honoraires ainsi perçus. Depuis sa création, ce secteur privé a donné lieu à de très nombreux abus et dérapages (dépassements d'honoraires pratiqués sans tact ni mesure, non-respect des quotités d'horaires, non-versement de la redevance, etc.), qui ont défrayé la chronique médiatique. Des rapports récents ont encore souligné le non-respect de la réglementation. Pourtant, malgré les tentatives répétées de « moralisation » et les propositions de suppression de cette prérogative, ce secteur privé perdure car il est présenté comme un moyen de préserver « l'attractivité » de l'hôpital public face à la concurrence du secteur privé pour des spécialités tendues sur le plan des effectifs³⁰. Ce sujet divise très fortement l'élite médicale hospitalière, l'accès à ce secteur privé étant inégal selon les disciplines : relativement courant en chirurgie, il l'est moins en médecine. La sensibilité du sujet est une aubaine pour les pouvoirs publics : confrontés à la mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire parisienne au moment du vote de la loi Hôpital, patients, santé, territoires, en 2009, ils laissent opportunément fuiter dans la presse le montant des honoraires perçus par certains leaders du mouvement.

UNE INSTITUTION SOUS LE CONTRÔLE DE L'ÉTAT

Si l'hôpital est constitué comme une organisation à part, sanctuarisée, hors de question, cependant, de le laisser déroger aux règles de l'action publique telles qu'elles se dessinent à partir des années 1960. Un « État hospitalier³¹ » s'affirme face aux groupes d'intérêt qui, historiquement, dominaient le secteur, c'est-à-dire l'élite des médecins hospitalo-universitaires, la Fédération hospitalière de France (FHF) et les élus locaux.

L'affirmation de l'État hospitalier se traduit avant toute chose par le renforcement de l'administration centrale : longtemps embryonnaire, la Direction des hôpitaux du ministère de la Santé voit son périmètre s'élargir tandis qu'elle est dotée de moyens matériels, humains et d'expertise en hausse. Plus généralement, alors que la sous-administration de la santé n'était que l'envers de la domination de groupes d'intérêt puissants (médecins, élus locaux, industries, etc.) qui, bien que souvent concurrents, avaient un intérêt commun : maintenir l'État dans un état de faiblesse tel qu'il ne puisse contrecarrer l'expansion de leurs territoires et de leurs marchés, ce dernier va s'efforcer de s'en libérer. La loi hospitalière de 1970, portant création du service public hospitalier, est coproduite par l'administration et les groupes d'intérêt, car la première dépend encore beaucoup de l'expertise et du soutien des seconds. Pour autant, cette dépendance commence à être remise en cause par les agents bureaucratiques. En effet, la logique gestionnaire pointe : la « rationalisation » du parc hospitalier est la mission attribuée à la nouvelle carte sanitaire ; on élabore et expérimente des modalités de financement des établissements alternatives au prix de journée, dont l'effet inflationniste est de plus en plus dénoncé³². Alignés pendant la période des Trente Glorieuses, les intérêts de l'État, ceux des groupes professionnels et ceux des industriels de la santé commencent à diverger. La priorité pour le pouvoir politique devient la maîtrise des dépenses de santé, lesquelles constituent les revenus des industriels... Les conflits se multiplient donc à partir de la fin des années 1970. C'en est fini de la période faste du « Far West hospitalier³³ ».

L'alternance politique de 1981 ouvre une parenthèse dans cette dynamique de centralisation technocratique sur fond d'obsession pour la maîtrise des dépenses hospitalières. L'hôpital est alors érigé en enjeu politique, avec la nomination

d'un ministre communiste, Jack Ralite, à la tête du ministère de la Santé. L'alternance permet aussi à des groupes au profil plus politique que technocratique de prendre part au processus décisionnel. En particulier, le groupe Santé et socialisme, proche du Parti socialiste, animé par des agents qui occuperont des positions centrales dans la décennie suivante, y voit l'occasion de faire valoir ses critiques à l'égard du pouvoir médical et de l'hospitalocentrisme ou encore sa volonté de promouvoir une approche moins médicale et plus sociale de la santé. La loi de 1984 est emblématique de cette séquence de politisation. La « départementalisation » de l'organisation hospitalière, par exemple, vise à démocratiser les établissements en dépassant le cadre traditionnel de la domination charismatique des patrons hospitaliers, à savoir les services : elle introduit l'élection des chefs de « département » par *l'ensemble* du personnel soignant, et non plus par les seuls médecins. Pourtant, cette rationalité politique coexiste avec la logique technocratique davantage qu'elle ne s'y substitue. En effet, le ministre communiste est entouré de technocrates comme Jean de Kervasdoué, ingénieur des Eaux et Forêts, à qui est confiée la Direction des hôpitaux. Dès 1982, ce dernier commence à importer les *diagnosis-related groups* (« groupes à diagnostic homogène ») américains, qu'il a découverts lors de son passage à l'université Cornell, aux États-Unis, et qui constitueront l'architecture du système d'information et de financement de l'hôpital pour les décennies suivantes. De même, la Direction du budget impose au nouveau ministre le mécanisme de la dotation globale de financement (DGF), remplaçant le prix de journée. Désormais, les établissements devront faire avec un budget global fixe, indépendant de l'activité et revu chaque année en fonction d'un taux directeur national. L'objectif du ministère des Finances est clair : casser la dynamique inflationniste des dépenses hospitalières.

La mobilisation d'une fraction importante de l'élite hospitalo-universitaire parisienne, emmenée par l'urologue Bernard Debré (qui n'est autre que le fils de Michel Debré et le petit-fils de Robert Debré) contre la « soviétisation » des établissements va avoir raison des velléités du gouvernement. Pour un temps seulement car, à compter de 1988, les agents issus des grands corps de l'État (Cour des comptes, Conseil d'État, Inspection générale des affaires sociales) investissent le domaine de la santé, et tout particulièrement celui de l'hôpital. Plusieurs lois et plans contribuent alors à faire parler d'une même voix la Direction des hôpitaux (transformée en Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, puis en Direction générale de l'offre de soins, ou DGOS) et la logique gestionnaire. Cette logique, que nous définissons comme la consécration d'une rationalisation de l'action publique par des indicateurs de performance, d'une part, et d'une obsession du contrôle budgétaire par les outils comptables, d'autre part, est aussi portée par des groupes d'intérêt comme la Fédération hospitalière de France (FHF), qui rassemble maires, présidents de conseils d'administration et directeurs d'hôpital. La FHF, mais aussi la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui représente les cliniques commerciales, deviennent les interlocutrices de l'administration centrale et confortent le rôle de la logique gestionnaire dans la définition des politiques hospitalières. La technocratisation s'intensifie avec la tutelle exercée par la Direction du budget sur la Direction de la sécurité sociale (DSS), chargée de la préparation des lois de financement de la Sécurité sociale, créée par le plan Juppé de 1995. Administration forte du ministère parce qu'elle porte désormais la logique gestionnaire, la DSS devient l'interlocutrice privilégiée de la DGOS, qui doit désormais viser « l'optimisation de l'efficacité » du service public hospitalier. On est alors très loin des ambitions politiques de 1981.

Le renforcement de l'administration centrale se prolonge par celui de l'administration déconcentrée. Éclatée entre les services de l'Assurance maladie et ceux de l'État, mais aussi entre les différents échelons régionaux et départementaux de l'administration étatique, sous-dotée en moyens humains, matériels et d'expertise, incapable de s'imposer aux coalitions dirigeantes des établissements hospitaliers, en particulier celles des CHU, l'administration déconcentrée voit ses forces regroupées et renforcées afin de mieux encadrer les stratégies des établissements. En 1996 sont créées les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) afin de mieux coordonner l'action des différents échelons de l'État hospitalier. Elles sont intégrées en 2009 dans les agences régionales de santé (ARS), dont le concept a été élaboré dès le début des années 1990 par la commission Soubie du Commissariat général du Plan, lieu pivot de la réflexion technocratique. Avec les ARS, les services régionaux de l'Assurance maladie et les segments de l'administration étatique sont fusionnés dans une agence placée sous l'autorité d'un directeur général ayant le statut de haut fonctionnaire contractuel nommé et révocable. Le label «agence», suggérant une certaine autonomie d'action, ne doit pas abuser. En réalité, les ARS fonctionnent comme des super-administrations déconcentrées et hiérarchiquement soumises au ministre de la Santé.

Dans ce cadre administratif, le contrôle sur les établissements et sur les moyens qui leur sont accordés se renforce. Arrachés aux logiques locales, les hôpitaux deviennent partie prenante d'une politique nationale mise en œuvre par les ARS et dominée par les objectifs budgétaires. Cette évolution est particulièrement lisible dans celle du corps des directeurs d'hôpital, dont la revalorisation symbolique et matérielle constitue la contrepartie de son assujettissement à l'État central³⁴. Longtemps simples secrétaires des édiles locaux au

sein des conseils d'administration, les directeurs ont gagné en autorité en même temps que l'hôpital devenait une affaire d'État. Le corps, recrutant dans la classe moyenne éduquée, comme les autres cadres de la fonction publique, s'est structuré dans les années 1970 autour de l'identité d'« entrepreneurs locaux de santé publique » : si les directeurs appartiennent à un corps administratif, ils ne se vivent initialement pas comme de « simples » fonctionnaires. Profondément attachés aux valeurs du service public et à son ancrage territorial, ils revendiquent une autonomie d'action afin d'adapter leurs structures à la spécificité des besoins locaux de santé dans un dialogue constant avec les élus et les médecins modernistes. C'est à cette coalition locale de définir comment répondre aux besoins de la population desservie par l'établissement, notamment en musclant le plateau technique ou en décidant de l'ouverture d'un service. Leur logique est clairement *localiste* : de leur point de vue, Paris ne peut imposer uniformément des orientations définies au sommet de l'État. Les spécificités locales supposent des réponses différenciées. De fait, jusqu'aux années 1990, ils ont bénéficié d'une grande marge de manœuvre.

Si, dans les années 2000, certains, se rêvant en patrons des hôpitaux, ont pu voir dans le slogan de l'« hôpital-entreprise » la consécration de ce souci historique d'autonomie, c'est que l'affirmation de l'administration centrale et déconcentrée ainsi que le déploiement d'instruments de financement et de gestion ont déstabilisé cette identité originelle. Moyennant l'intégration de leur corps à la haute fonction publique au début des années 2000, les directeurs ont dû accepter de n'être plus que les rouages locaux d'une politique définie à l'échelon national. Leur mission consiste désormais largement à réaliser des économies budgétaires et à faciliter les rapprochements avec les autres établissements dans le cadre de fusions, de fermetures ou de conversions, sous le regard sourcilieux des ARS et de

l'administration centrale, en évitant de faire trop de vagues. Soulignons toutefois que la conversion managériale du corps des directeurs n'a pas été sans provoquer remous et malaises. S'il existe une élite du corps acculturée au néomanagement, notamment les plus jeunes, passés par Sciences Po Paris et qui voient dans ce corps une position d'attente pour l'ENA, les directeurs de petits et moyens établissements contestent, ouvertement ou officieusement, les réformes impulsées depuis les années 1990 au nom des valeurs du service public.

LES CLINIQUES, NOUVEAU MODÈLE DES ÉLITES RÉFORMATRICES

Cette dynamique n'épargne pas non plus les cliniques privées³⁵. Historiquement, celles-ci, de petite taille, obéissent à une logique patrimoniale et artisanale. Dans la première moitié du xx^e siècle, elles sont le prolongement du cabinet individuel : des chirurgiens, pour l'essentiel, mettent en commun des ressources pour acquérir un plateau technique minimal. Elles sont aussi très spécialisées : l'orthopédie, le digestif, la chirurgie générale... Après-guerre, elles s'adaptent à la technicisation et à la spécialisation croissantes du secteur, notamment en renforçant leurs plateaux techniques. Le coût des investissements les amène à passer au statut de société de gestion. C'est l'ère de la clinique traditionnelle, ou clinique PME, dirigée par un actionnariat élargi mais qui reste fondamentalement médical. D'artisan, le médecin devient chef d'entreprise. La diversification croissante de l'activité, en sus de la sophistication des plateaux techniques, s'accompagne de l'augmentation de la taille des cliniques commerciales, dont l'organisation et la logistique de plus en plus complexes et lourdes appellent la « professionnalisation » du management. Enfin, à partir des

années 1980, les cliniques sont rachetées par des groupes, spécialisés ou non dans la santé (Clininvest-Capio, Générale de santé, etc.). Cette transformation peut être comparée aux logiques qui travaillent au même moment l'hôpital public : transfert à l'échelon national de la logistique et des processus de qualité, d'accréditation, d'hygiène, de maintenance et de lingerie à des fins de standardisation ; mise en cohérence ou en synergie des établissements rachetés (coopération, complémentarité inter-établissements) et stratégie coordonnée de gestion de ressources médicales devenues rares ; essor de la fonction managériale (contrôle de gestion et pilotage des établissements) ; tentatives de mise sous contrôle de l'activité chirurgicale. Plus généralement, la raison médicale doit de plus en plus s'accommoder de la raison économique. Il faut en effet dégager des profits suffisants pour les actionnaires, ce qui suppose de se spécialiser dans les créneaux les plus rentables, de « rationaliser » l'usage des ressources soignantes et matérielles et d'attirer des compétences médicales rares.

Le modèle des chaînes de cliniques a fasciné et continue de fasciner les décideurs administratifs. Elles sont louées pour leur « adaptabilité », leur « souplesse », leur management, là où l'hôpital public est dénigré pour ses lourdeurs statutaires, la lenteur de ses mécanismes de décision, la faiblesse de son management. L'État s'efforce ainsi depuis plusieurs décennies d'organiser la concurrence entre hôpitaux et cliniques, notamment via les modes de financement. Nous verrons plus en détail le fonctionnement de ces moyens d'allocation des ressources dans le chapitre 3, mais notons dès à présent que la tarification mise en œuvre en 2004, et qui consiste pour l'État et l'Assurance maladie à rémunérer les hôpitaux publics et les cliniques privées en fonction de leur activité et du type de séjours qu'ils accueillent, a été utilisée par l'État pour forcer les hôpitaux à comprimer leurs coûts de

production. Comment cette concurrence a-t-elle été orchestrée? La tarification prévoyait à l'origine deux niveaux de tarifs différents. Considérant que l'hôpital public ne pouvait choisir les segments d'activité sur lesquels il souhaitait se spécialiser et devait par ailleurs remplir des missions de service public, ses tarifs étaient plus élevés. Autrement dit, pour une même prestation (le « même » étant très théorique puisque, en pratique, l'hôpital public traite des patients plus complexes et plus précaires), il était payé davantage. Mais, dès les débuts de la tarification, le gouvernement a décidé que les tarifs du public devaient se rapprocher progressivement de ceux du privé. C'est que les acteurs politiques et technocratiques s'indignaient des écarts de coûts observés entre hôpitaux et cliniques, toujours au désavantage des secondes³⁶. La Fédération hospitalière privée, groupe d'intérêt représentant les cliniques commerciales, lança même une campagne publique en faveur de la « convergence tarifaire » public-privé. Des études ont montré que cette différence de coût était largement explicable par les contraintes du service public : ouverture 24 heures sur 24, 365 jours par an ; obligation de soigner tous les malades, donc d'avoir un éventail d'activités très large (là où les cliniques se spécialisent dans les créneaux les plus rentables) ; statut de la fonction publique hospitalière ; lourdes charges immobilières, etc. La convergence tarifaire fut donc abandonnée. Il y a fort à parier qu'elle réapparaîtra, étant donné la volonté affichée des acteurs étatiques d'en finir avec la fonction publique hospitalière en tant que service public (statut supprimé par la loi de 2009, avant d'être restauré en 2016) afin de renforcer la concurrence entre établissements. Caractéristique du néolibéralisme, l'affirmation d'un État hospitalier va de pair avec l'expansion de la logique concurrentielle et entrepreneuriale dans le secteur.

MISÈRE DES MODES MANAGÉRIALES À L'HÔPITAL

Finalement, quel tableau dessinent les évolutions amorcées depuis les années 1980? L'affirmation de la technostructure hospitalière a pour conséquence l'emprise croissante de la rationalité gestionnaire sur la logique soignante (ce que nous examinerons dans le détail dans le prochain chapitre). Depuis le milieu des années 1990, et singulièrement depuis les années 2000, l'heure est aux processus de concentration horizontale et verticale: économies d'échelle, « rationalisation » des fonctions support, utilisation optimale des plateaux techniques au nom de l'efficacité, mais aussi, et surtout, de la qualité et de la sécurité des soins. L'argument concernant ce dernier point est connu, il sert de rempart à tous les habitués des plateaux télévisuels souhaitant justifier les fermetures d'établissements de proximité: « Si on regroupe, c'est parce qu'il est dangereux qu'un chirurgien ne réalise pas x interventions par mois ou qu'une maternité pratique moins de 300 accouchements par an. » Des études montrent pourtant que, si cette assertion vaut pour certains actes (les plus difficiles et les plus techniques), elle est en revanche incertaine pour beaucoup d'autres plus bénins³⁷. Les rapprochements, puis les fusions des hôpitaux ont été encouragés tandis que la révision générale des politiques publiques (RGPP) et sa déclinaison pour la santé, la loi Hôpital, patients, santé, territoires, déclenchaient une ambitieuse réforme à la fois de la « gouvernance hospitalière » et de l'administration territoriale de santé. Concernant la « nouvelle gouvernance », la réforme de 2009 consacre le directeur général en patron de l'hôpital. Le conseil d'administration, qui expulse les maires du cercle des décideurs, devient un conseil de surveillance sans pouvoir. Car le pouvoir est désormais confié à un directoire dominé

par le directeur général de l'établissement, lequel nomme tous les autres acteurs, y compris médicaux. Des pôles médico-gestionnaires rassemblent, selon une cohérence censément médicale, un ensemble de services. L'objectif est d'impliquer les médecins dans la rationalisation gestionnaire. À leur tête, les chefs de pôle sont eux aussi nommés par le directeur général. La tutelle des établissements est fusionnée au sein des nouvelles ARS. Avec cette réorganisation administrative, il devient beaucoup plus difficile aux établissements d'obtenir des dérogations et des passe-droits grâce au relais politique et administratif des élus locaux, comme à l'époque où la tutelle était fragmentée donc faible³⁸. Le secteur hospitalier est désormais colonisé par les instruments du nouveau management public qui se déploient depuis l'adoption de la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) en 2001 : indicateurs de performance, contrats d'objectifs et de moyens, certifications, etc. Le mantra « Big is beautiful » s'empare du secteur de la santé.

L'engouement pour les fusions – la *merger mania* – est emblématique des bulles managériales dont la valeur empirique est d'autant plus faible que les croyances collectives qui les alimentent sont fortes. Le cas des États-Unis est édifiant. Au début des années 1980, l'agressivité commerciale des assureurs et de l'industrie du *managed care* ainsi que la mise en place dans le pays de nouveaux modes de rémunération des établissements et des professionnels ont déclenché des opérations de concentration aussi bien verticale qu'horizontale des hôpitaux ; nombre d'entre eux ont ainsi fusionné dans les années 1990. Or il n'existait à l'époque aucune étude scientifiquement documentée des avantages et des inconvénients des fusions. Certains spécialistes en gestion ont tenté d'alerter les décideurs publics et privés sur les problèmes posés par ces opérations³⁹. Des sociologues américains se sont depuis intéressés de près à cette *merger mania*, dont les résultats ont été qualifiés

par certains spécialistes d'économie et de gestion en santé de « fiasco ». En Grande-Bretagne non plus, ces fusions n'ont pas été à la hauteur des attentes en termes d'économies d'échelle ou d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

« Bigger is not always better⁴⁰. » Les opérations de fusion sont particulièrement délicates à mener car elles dépendent de la nature de l'activité médicale concernée et de l'organisation des équipes de soins⁴¹. Or elles ont été menées sans que leurs promoteurs aient apporté les preuves de leur bien-fondé. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur le sujet tire d'ailleurs les conclusions des résultats souvent décevants, parfois catastrophiques, de la *merger mania* des années 1990-2000 en France : « Dans la réalité, si le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique : il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au-dessus d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer⁴². » Ce même rapport Igas souligne les raisons, rebaptisées « facteurs de risque », de ces échecs répétés : le temps de trajet entre les deux établissements risque de susciter l'opposition du personnel ; la fusion peut inciter les patients à recourir à une autre structure que celle issue des entités fusionnées ; il y a trop de divergences entre les entités appelées à fusionner en matière de situation financière ; la fusion ne se justifie pas par la complémentarité des activités des structures ; des entités finalement trop grandes entraînent un surcoût et une complexité de gouvernance, etc. On saisit ici l'un des ressorts du succès du « mythe rationnel » : à partir d'une ou deux *success stories* de fusions réussies, mises en scène de façon à frapper l'imagination, leurs promoteurs montent très (trop) vite en généralité, passant outre à toute réflexivité quant à la pertinence et à la faisabilité des fusions. Comme de nombreux travaux sociologiques l'ont montré, en adoptant

la dernière mode managériale, il s'agit très souvent, pour les managers, de montrer à leurs supérieurs qu'ils sont « dans le coup ». Des directeurs se sont ainsi lancés dans des projets de fusion qui, faute d'avoir été étudiés correctement, n'ont jamais abouti, notamment en raison des nombreuses oppositions sociales et politiques. On pourrait dire la même chose des fameux « partenariats public-privé », aux conséquences financières souvent désastreuses.

LE MIRAGE DU « VIRAGE AMBULATOIRE »

Autre manière de réaliser des économies en réduisant la taille de l'hôpital, le « virage ambulatoire » est devenu le leitmotiv des élites modernisatrices. La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, en a fait l'axe directeur de sa réforme, baptisée « Ma santé 2022 ». L'examen rigoureux de cet appel à en finir avec l'hospitalocentrisme français au profit des soins de proximité montre pourtant une nouvelle fois combien le secteur de la santé est propice aux effets rhétoriques.

Les récriminations à l'encontre de l'hospitalocentrisme français ne datent pas des années 2000. Dans les années 1970, économistes, sociologues et médecins modernistes dénoncent un « tout hôpital » qui serait un non-sens économique et une absurdité sanitaire : les soins hospitaliers spécialisés coûtent cher. Surtout, il serait plus efficace de soigner au plus près du milieu de vie des patients, le plus en amont possible, en mettant l'accent sur la prévention. Les pouvoirs publics ambitionnent dès les années 1980 de transférer une part importante de l'activité hospitalière vers la médecine dite « ambulatoire », « de ville » ou « de proximité ». Le problème est que les assurés sociaux français ne bénéficient pas d'un service public de soins de proximité correctement organisé comme on peut

en trouver dans les pays scandinaves ou en Grande-Bretagne par exemple. En effet, comme on l'a dit, en France la profession médicale organisée a défini son identité libérale contre l'État et la Sécurité sociale. Liberté d'installation, de prescription, de fixer le montant des honoraires demandés aux patients, paiement à l'acte, secret médical : autant de prérogatives brandies comme des lignes rouges par la profession contre les visées « liberticides » des pouvoirs publics, supposément contraires à la santé des patients.

La France a découvert les « déserts médicaux » au tournant du siècle. Pourtant, l'inégalité de répartition des médecins sur le territoire est une propriété structurelle du système de soins français en raison de la sanctuarisation de la liberté d'installation, un médecin étant automatiquement conventionné quel que soit le lieu où il s'installe. Seulement, la formation de générations nombreuses de médecins à compter du milieu des années 1960 avait rendu ces déserts invisibles. De même, l'exercice individuel ou, plus rarement, en groupe mais « monospécialisé » (les médecins mettent en commun les fonctions administratives), reste prédominant. On est très loin de la situation suédoise ou finlandaise, où plus de 90 % des médecins travaillent dans des centres de santé publics aux côtés d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de diététiciens, même si les plus jeunes générations de praticiens montrent une appétence pour l'exercice en équipe. Au final, l'hospitalocentrisme est certes un héritage de 1958, mais il est aussi fonctionnel : si la population française reste massivement attachée à l'hôpital public, c'est que celui-ci demeure le dernier recours quand elle n'arrive plus à accéder dans des conditions financièrement et géographiquement acceptables aux soins en médecine de ville. Or c'est de plus en plus le cas. Tant que le problème de l'amont et de l'aval de l'hôpital n'aura pas été réglé, l'hôpital demeurera le centre de gravité de l'offre de soins. Pourtant,

depuis une décennie, les pouvoirs publics continuent de le réformer comme si la résolution de ses problèmes n'était affaire que de « meilleure organisation » et de plus « grande efficacité », en somme comme si ce qui se passe à l'hôpital n'était en aucune manière affecté par la désorganisation des soins de proximité et l'insuffisance des structures sanitaires, sociales et médico-sociales. On entrevoit ici l'impasse à laquelle l'autonomisation du gouvernement de l'hôpital conduit nécessairement : affaire d'État, l'hôpital est devenu le lieu de (non-) résolution de l'ensemble des dysfonctionnements d'une offre de soins de plus en plus travaillée par des logiques marchandes (médecine libérale, cliniques privées, établissements sociaux et médico-sociaux).

Le slogan néomanagérial du virage ambulatoire prétend réconcilier magiquement impératifs financiers (soigner au moindre coût), exigences en matière de qualité des soins et aspirations des patients (lesquels, souvent vieillissants et atteints de maladies chroniques, manifesteraient leur souhait d'être hospitalisés au plus près de leur domicile). Difficile donc *a priori* de s'y opposer. Les pouvoirs publics trépignent devant le « retard » français en matière de chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation à domicile, de prise en charge ambulatoire de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et de psychiatrie. Ainsi, en 2014, la chirurgie ambulatoire représentait seulement 45 % des interventions en France, contre 80 à 90 % à l'étranger, tandis que les hôpitaux de jour accueillent « seulement » un quart des séjours de médecine. Mais ces chiffres sont brandis sans mentionner la spécificité de l'organisation des systèmes de soins nationaux : l'hospitalisation ne remplit pas les mêmes fonctions d'un pays à l'autre. Dans les systèmes dits « beveridgiens » (Grande-Bretagne, Scandinavie), il n'y a pas, par exemple, de soins spécialisés en ville, tandis qu'il y existe des petites cliniques ambulatoires où exercent en équipe

médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens. Comme nous le verrons dans le chapitre 4, l'obsession budgétaire s'alimente aussi d'une passion pour la technicité, l'hôpital étant censé devenir, grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, un lieu de transit : des professionnels de la santé travaillant en équipe et en réseau grâce à la e-santé et aux objets connectés s'y affairaient autour du patient, puis celui-ci retournerait immédiatement à son domicile.

Sur le papier, tout le monde signe – patients, professionnels, établissements. Mais, du papier à la réalité, il y a un gouffre. Des raisons de tous ordres creusent ce gouffre. Les premières sont de nature sociologique : de nombreux patients précaires, vieillissants et/ou atteints d'une maladie chronique sont isolés en raison de leur situation familiale instable, fragile (que l'on pense à la crise de la canicule de 2003), d'inégalités toujours criantes dans la répartition du travail domestique et du *care*, ou encore de difficultés d'accès au logement. Cet isolement de certaines personnes rend leur renvoi à domicile et leur non-hospitalisation potentiellement anxiogènes voire dangereuses. À cela s'ajoutent des raisons démographiques : la réduction drastique de la durée d'hospitalisation suppose en tout premier lieu que les soins de proximité soient correctement organisés et financés. Ce n'est certainement pas le cas actuellement. Au contraire, on observe depuis le début du XXI^e siècle un rationnement des soins de généralistes ; et le nombre de médecins généralistes va continuer à baisser. Du fait de la tendance à la réduction de leur temps de travail, le temps médical disponible ne cesse de diminuer : le nombre de visites est en réduction nette, tandis que celui des consultations de généralistes est stable, ce qui signifie, dans un contexte d'expansion démographique de la population, une moindre intensité de la prise en charge. Entre 2000 et 2013, le nombre

de soins de généralistes reçus par les patients a baissé de 15 %. Parallèlement, on a assisté à l'augmentation des soins délivrés dans les services d'urgence et les consultations externes des hôpitaux : 9 % par an⁴³. Autrement dit, le « virage ambulatoire » est un slogan qui masque – ou nie – une dynamique contraire : celle d'un virage hospitalier, dont l'engorgement des urgences est l'un des principaux symptômes.

Des raisons économiques viennent amplifier le phénomène. Quelle est la logique des politiques menées depuis le milieu des années 2000 ? Tout se passe comme si les pouvoirs publics voulaient favoriser les soins... hospitaliers. D'abord, pour des raisons budgétaires, la Sécurité sociale s'est désengagée du financement des soins courants, qu'elle prend désormais en charge à hauteur de 50 %, contre 90 % pour les soins hospitaliers⁴⁴. Ensuite, malgré de nombreux effets d'annonce, les pouvoirs publics ont fait peu de choses en matière de lutte contre les dépassements d'honoraires, de peur de se mettre à dos les principaux syndicats de médecins libéraux, et la pratique s'est largement banalisée. Le cas des inégalités de répartition des professionnels du soin sur le territoire est comparable : les pouvoirs publics ont maintenu une logique incitative coûteuse et inefficace qui non seulement n'a pas réussi à résorber ces inégalités, mais a en outre accompagné leur aggravation⁴⁵. Les travaux du géographe de la santé Emmanuel Vigneron révèlent à cet égard une préférence française pour les inégalités sociales et territoriales de santé, bien loin du principe d'égalité d'accès aux soins si souvent vanté par les responsables politiques⁴⁶. Faute de trouver des praticiens, généralistes mais surtout spécialistes, financièrement accessibles près de chez eux, les patients habitant les zones rurales ou périurbaines ont donc eu tendance à faire de l'hôpital le lieu des soins de premiers recours. Une enquête récente montre que, si le délai médian d'attente pour obtenir un rendez-vous chez

le généraliste est de 2 jours – mais il peut être de 11 jours dans les zones faiblement dotées en praticiens –, il monte à 30 jours en chirurgie dentaire, 50 jours en radiologie, 61 jours en dermatologie et 80 jours en ophtalmologie⁴⁷! Enfin, loin de favoriser le travail en réseau, l'introduction de la tarification à l'activité des hôpitaux, en 2004, a instauré une concurrence entre tous les acteurs du soin : pour l'hôpital, il s'est agi de siphonner la demande alentour (soins de spécialistes, cliniques, etc.) afin de « faire du chiffre » et de revenir à l'équilibre budgétaire. Si l'on excepte le conflit structurel entre la main droite (les budgétaires⁴⁸) et la main gauche (les services publics) de l'État, cette situation est le résultat de la régulation « en silos » du système de santé. En effet, les pouvoirs publics ont fait de l'hôpital un secteur de gouvernement abstrait de son environnement. Pour l'obliger à se « réformer », ils lui ont appliqué les méthodes de gestion de l'industrie, sans considération pour ce qui se passe en amont et en aval, tout en renforçant la contrainte budgétaire. Résultat de cette hémiplegie, les politiques de « régulation » hospitalière ont multiplié les effets pervers. Nous sommes ici au cœur du réacteur de la « crise » hospitalière : l'hôpital doit prendre en charge de plus en plus de patients, au surplus de plus en plus lourds car vieillissants et souffrant de pathologies chroniques, chassés des autres segments de l'offre de soins, mais avec des moyens humains, matériels et financiers qui ne suivent pas. La productivité a certes beaucoup augmenté mais elle a ses limites, notamment en matière de conditions de travail, de sécurité et de qualité des soins, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Au final, le slogan du « virage ambulatoire » sert aussi de prétexte à une diminution des dépenses. Dans cette logique, la société civile (associations, familles, citoyens) est appelée à se mobiliser pour compenser l'amaigrissement de l'État

social au nom de l'« autonomie » et de la « responsabilisation », voire de la démocratie locale. Il s'agit cependant d'une politique hypocrite dans la mesure où les décideurs politiques et administratifs ne se sont pas donné les moyens d'organiser l'amont et l'aval de l'hôpital pour faire face au transfert d'activité. Prenons un seul exemple, celui de l'hospitalisation à domicile. Le domicile pose un certain nombre de problèmes, de nature juridique (ce qui renvoie à la question délicate de l'intimité), clinique (on ne soigne pas à domicile comme on soigne en institution), mais surtout sociale : le terme « domicile » n'a évidemment pas le même sens pour une personne âgée et/ou précaire et isolée, et pour une personne socialement intégrée vivant dans un logement spacieux. Les plus fragiles sont donc potentiellement les premières victimes du « virage ambulatoire ». En revanche, le mécanisme budgétaire est, lui, limpide : le transfert d'activité de l'hôpital vers l'ambulatoire se traduit par une privatisation rampante au détriment des familles, tenues de prendre le relais à titre gracieux, et/ou par un transfert de charges de la Sécurité sociale vers les collectivités territoriales, qui financent en partie le médico-social. Le énième Plan santé, « Ma santé 2022 », lancé en octobre 2018 avec force communication par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, semble avoir enfin pris la mesure de l'impasse du modèle de « l'hôpital-entreprise » : il reconnaît les effets pervers de la tarification à l'activité (T2A) et, surtout, l'inanité qui consiste à réformer l'hôpital sans considération pour son environnement professionnel et institutionnel. Hélas, il y a fort à craindre que les bonnes intentions ne se heurtent à l'ordre budgétaire et que les investissements qu'il faudrait consentir pour réussir ce fameux virage ambulatoire ne soient pas à la hauteur⁴⁹.

2

Rationalisation
du travail,
industrialisation
des soins

Un hôpital est une organisation éminemment complexe. S'y côtoient des professions et des activités fort diverses : infirmières, médecins, aides-soignantes, agents de service, brancardiers, cuisiniers, pharmaciens, manipulateurs en électroradiologie, informaticiens, plombiers, etc. Les pathologies qu'on y traite, les actes techniques qu'on y pratique, le matériel qu'on y utilise, les savoirs et savoir-faire qu'on y mobilise, les rythmes selon lesquels on y travaille, la nature des relations professionnelles qui y prévaut varient d'un service à un autre et dépendent de la nature du travail et de la relation aux patients. Bien que consubstantielles à l'histoire et au fonctionnement de l'institution hospitalière, cette hétérogénéité et cette diversité croissantes ont été, à compter des années 1970, constituées en problème par les réformateurs de l'hôpital (administration du ministère de la Santé, consultants, chercheurs et « experts » en gestion et en économie de la santé...), pour qui il devenait impératif de mettre fin à cette « balkanisation » et à un chaos aussi inflationniste financièrement que facteur de mauvaise qualité des soins. Quand les grands fiefs des mandarins de l'après-guerre furent fragmentés en services de soins de plus en plus spécialisés, ces derniers ont commencé à être dépeints comme excessivement cloisonnés, régentés par des chefs de service économiquement irresponsables et jouissant d'un pouvoir excessif. L'autonomie dont disposent les professionnels, au premier rang desquels les médecins, le manque de données sur le coût et la qualité de leurs pratiques ont été considérés comme autant d'obstacles à

une gestion « efficiente » de ressources financières, matérielles et humaines plus rares.

Cette conception continue aujourd'hui de structurer la vision que les réformateurs ont de l'hôpital public. Fréquemment présenté comme gangrené par les corporatismes, les gaspillages, la non-pertinence de certains actes réalisés, l'hôpital public souffrirait d'abord d'être mal géré et mal organisé. Pour les gestionnaires, s'appuyant désormais sur des savoirs en sociologie, en économie et en gestion, l'amélioration de la « performance » hospitalière implique d'ouvrir la boîte noire de l'organisation et des contenus de travail. À partir des années 2000, les recettes du *nouveau management public*, qui s'acclimate progressivement en France, vont fournir les supposés outils de résolution de cette « crise » organisationnelle afin de consacrer la « performance ». Une entreprise bien particulière de rationalisation du travail va alors se déployer : avant tout économique, s'apparentant à bien des égards à des tentatives d'organisation « scientifique » du travail cherchant à normaliser, parcelliser et standardiser l'acte de soin. Par quels moyens et de quelle manière cette rationalisation s'impose-t-elle à l'hôpital ? Ce chapitre montre que son « succès » repose sur un travail de redéfinition de la réalité soignante en termes quantitatifs, s'appuyant sur le développement d'outils ou d'indicateurs, visant à convertir des problèmes de moyens en problèmes organisationnels et oubliant l'importance des règles du métier. Loin d'être dénué d'effets, ce mécanisme contribue à une industrialisation des soins et du travail.

LE SOIN ET LE CHRONOMÈTRE

La rationalisation des hôpitaux passe d'abord par celle du travail. Le personnel y représente en effet le premier poste de dépenses, soit aujourd'hui un peu moins de 64 % de leur

budget⁵⁰. Il existe plusieurs manières de rationaliser. On peut réduire le personnel, en ne remplaçant pas, par exemple, certains agents partant à la retraite ou ceux ponctuellement absents. Cela se traduit aussi par une action sur les conditions d'emploi : on embauche des contractuels plutôt que des fonctionnaires, ou on recourt à des agents de service hospitalier qualifiés (dont le niveau de diplôme et la rémunération sont moindres) plutôt qu'à des aides-soignantes. Cela peut encore passer par des économies dans l'organisation du travail : favoriser tel type d'horaires, reconsidérer l'économie des tâches réalisées, instaurer une mobilité du personnel plutôt que recruter du personnel supplémentaire.

Depuis le début du xx^e siècle, la rationalisation de la gestion hospitalière a largement consisté à passer en revue l'organisation du travail et ses implications financières afin d'identifier des « gisements de performance ». Le souci de rendre le travail de soin productif n'est en effet pas nouveau ; il se manifeste dès la loi de 1919 sur l'application de la journée de 8 heures. À cette occasion, le directeur général de l'Assistance publique de Paris déclare que « le personnel devra fournir un rendement supérieur au rendement actuel » pour compenser le coût des embauches supplémentaires liées à la réduction de la durée de travail⁵¹. Dès cette époque, le temps de travail et son contenu sont le point de focalisation pour optimiser la productivité des soignants. La durée de présence à l'hôpital ne suffit plus à qualifier le travail, c'est la durée de « travail effectif » qui devient la référence, excluant du temps de travail les périodes d'interruption, de flânerie, les temps de pause et de repas. Pour être réputée « au travail », la soignante doit être « efficace », peu importe qu'elle dispose ou non des bonnes conditions pour faire son métier. Ce souci de rationaliser l'organisation du travail ne fait que s'accroître à mesure que l'hôpital public acquiert le statut d'objet de gouvernement et d'affaire d'État.

Vont alors progressivement s'engager au ministère de la Santé et dans certains hôpitaux des réflexions visant à réviser l'organisation du travail en s'appuyant sur des horaires moins rigides, plus flexibles. L'objectif des premières discussions, menées dans les années 1960 à la Direction des hôpitaux, avec le concours de l'Igas, est de reconnaître et de diminuer la pénibilité du travail soignant, sans que cela se traduise pour autant par une augmentation des coûts⁵². Jusqu'au début des années 2000, l'idée qui prédomine – et que traduisent les différentes mesures et réformes mises en œuvre – est que réduction *et* aménagement-flexibilisation du temps de travail permettront d'améliorer les conditions de travail et de vie des soignants tout en optimisant les ressources en personnel et en augmentant la productivité. L'aménagement et la flexibilisation du temps de travail se traduisent concrètement par un assouplissement des conditions d'encadrement du travail et notamment de son organisation temporelle : réévaluation à la hausse du plafond des heures supplémentaires, annualisation du temps de travail, possibilité d'individualiser les horaires et de les faire varier, élargissement des possibilités de dérogation, etc. Cherchant à outiller l'idée d'une optimisation du temps de travail, des ingénieurs en organisation, des experts-chercheurs en gestion et en économie de la santé, des cadres vont alors développer des dispositifs de calcul visant à évaluer au plus près l'activité des services pour mieux répartir les ressources humaines et matérielles nécessaires.

**CALCULER LA « CHARGE EN SOINS »
POUR MIEUX RATIONALISER LE TRAVAIL**

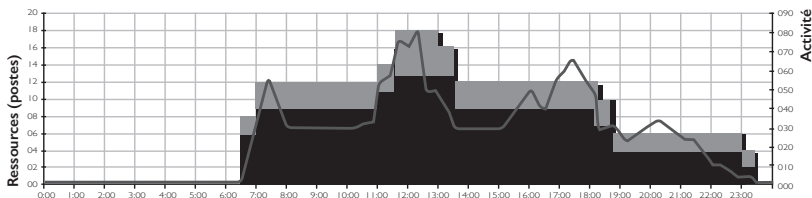
Les années 1980 sont marquées par l'intensification de la réflexion sur la « charge en soins » infirmiers. Plusieurs outils sont alors pensés et développés dans les hôpitaux et sont toujours utilisés aujourd'hui. Le premier, le projet de recherche en

nursing (PRN), a été créé au Canada dans les années 1970 ; le second, les soins infirmiers individualisés à la personne soignée (Siips), s'inspirant du premier, est français : il a été mis en place en 1982 par une cadre infirmière à l'Hôtel-Dieu. Ces deux « outils » entendent lier temps *de* travail et temps *au* travail. Le premier doit permettre d'aboutir à un découpage minuté de la journée de soins et à un profilage du personnel nécessaire en conséquence – c'est-à-dire un aménagement du temps de travail ; grâce au second, sorte d'indicateur de l'intensité de la charge de travail, on peut calculer la quantité de personnel nécessaire pour y faire face. Ils se présentent aussi comme des outils d'aide à la décision en matière de gestion des ressources humaines. Le PRN est fondé sur la mesure du temps requis pour réaliser les soins planifiés. Informatisé, il décompose en un catalogue les « actions de soins » (regroupées en secteurs, tels que la respiration, l'alimentation, l'hygiène, la communication...), dont il faut indiquer la fréquence d'accomplissement, laquelle permet ensuite d'attribuer une valeur à ces actions. Cette valeur s'exprime en points, et un point équivaut à cinq minutes de temps de soins. La somme des points obtenus pour tous les actes de soins sur une période de 24 heures donne le score PRN journalier, c'est-à-dire le temps censé être consacré à la « charge en soins ». Ce temps doit ensuite permettre de « construire l'offre » correspondant aux besoins et de prévoir « la distribution du personnel requis », c'est-à-dire de déterminer l'effectif soignant optimal pour dispenser les soins. Les Siips consistent quant à eux en une grille d'appréciation, à partir du dossier infirmier, des soins dispensés chaque jour à chaque patient. Classés en fonction de leur nature (soins de base, techniques, ou relationnels et éducatifs), les soins sont ensuite répartis en différents niveaux, auxquels sont affectés des coefficients d'intensité ou de charge (minimal, léger, court, lourd, très lourd). À chaque combinaison est ainsi attribué un temps moyen pondéré permettant, par addition, de connaître la charge de travail en soins. Pour obtenir la charge totale du service et obtenir le nombre de postes par jour nécessaires,

il faut ajouter aux points Siips les autres « activités afférentes aux soins » – activités hôtelières, d'information, de formation, réalisées par les agents du service.

Mais c'est surtout à partir du début des années 2000-2010 que se multiplient dans les hôpitaux les « chantiers » de réorganisation du travail. Menés par des consultants issus de grands cabinets travaillant de concert avec les experts d'agences publiques telles que la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (Meah) ou, à sa suite, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (Anap) et avec les agences régionales de santé, ces chantiers visent à convaincre les cadres de santé et les directeurs de l'idée que le temps de travail est un enjeu crucial dans la perspective de réaliser des économies⁵³. En « réinterrogeant les organisations », il s'agit en réalité essentiellement de questionner « la pertinence des volumes de postes, mais aussi des durées de travail ⁵⁴ ». Rationaliser l'organisation du travail signifie alors identifier les temps morts, ceux de sureffectifs et de mauvaise répartition de la charge de travail. Dans une logique taylorienne, il s'agit de voir comment certains moments dénoncés comme improductifs ou certaines tâches définies comme secondaires pourraient être mis à profit ou délégués à un personnel moins coûteux afin de permettre aux soignants de se recentrer sur leur « cœur de métier ». Progressivement, le soin se trouve réduit à une liste de tâches standardisées par catégorie de personnel et créneau horaire auxquelles sont attribués des temps moyens de réalisation ; cette standardisation permet d'obtenir ce que certains consultants ou experts en organisation nomment des « ratios de productivité » : une aide-soignante peut transmettre x dossiers en vingt minutes, distribuer tant de repas en trente minutes, une infirmière peut poser y perfusions, changer

tant de pansements en tant de temps, etc. Ainsi sont prévus des effectifs dits « optimaux » en fonction du profil type de l'activité préalablement estimé (voir graphique ci-dessous), à partir desquels *in fine* seront définis pour le personnel des horaires et des roulements adaptés aux variations de l'activité : le temps de travail est un outil central de la démarche de réorganisation des pratiques professionnelles.



Maquette d'organisation conçue par une agence régionale de santé afin d'identifier les postes de travail nécessaires (en gris clair), en fonction du profil de l'activité quotidienne (courbe).

Le discours gestionnaire qui soutient ces aménagements ne se limite toutefois pas à l'imposition d'une vision comptable et productive du travail de soin. Sa force de conviction réside dans le fait qu'il articule la rationalisation économique à la démarche d'amélioration de la « qualité » du service rendu en assimilant, par exemple, les pauses prises par les soignants au cours de leurs journées de travail à une forme d'indifférence aux patients ou à un désinvestissement ; ainsi, une attente trop longue devient le symptôme de la désorganisation du travail soignant, comme l'a montré l'enquête menée par Nicolas Belorgey sur les services d'urgence⁵⁵. Du point de vue gestionnaire, les mécontentements des usagers trouveraient leur origine dans la mauvaise organisation des professionnels ou dans leur manque d'intérêt pour le sort des patients, et non dans un problème de moyens matériels et humains. Ces aménagements visent donc aussi à discipliner

des professionnels jugés plus ou moins irresponsables dans leur gestion du temps. La rationalisation de l'organisation du travail est alors justifiée par le souci de responsabiliser les soignants et de les refocaliser sur les besoins des patients en « optimisant » le temps qu'ils leur consacrent. Un des présupposés clés de cette entreprise de rationalisation est que l'organisation actuelle du travail regorgerait de moments inutiles, mal alloués ou mal employés.

C'est ainsi qu'en 2001, lors des négociations sur les 35 heures dans la fonction publique hospitalière, la Direction des hôpitaux du ministère de la Santé pose d'emblée que les 10 % de réduction du temps de travail ne seront compensés que par 5 % de créations de postes, les 5 % restants devant consister en des gains de productivité. De même, de très nombreux hôpitaux rouvrent aujourd'hui leurs accords « réduction du temps de travail » pour réaliser des économies. Bien qu'elles précisent qu'il ne s'agit en aucun cas d'une remise en question des 35 heures, ces démarches aboutissent de fait à la suppression de plusieurs jours de repos et entérinent l'étiement des durées de travail sur fond de chantage à l'emploi et de concurrence des établissements privés, comme c'est le cas des accords « compétitivité » signés dans l'industrie automobile depuis la crise de 2008⁵⁶.

SE DÉFAIRE DES 35 HEURES À L'AP-HP

S'inscrivant dans le mouvement général de renégociation des accords sur les 35 heures engagé par de nombreux hôpitaux, le projet de réforme de l'organisation du temps de travail de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est présenté au printemps 2015 par la direction comme un moyen de « se donner des marges de manœuvre pour préserver l'emploi ⁵⁷ ». Concrètement, il s'agit de sauver 4 000 emplois sur cinq ans, d'« adapter les organisations aux besoins des patients et aux

nouveaux modes de prise en charge » et d'« améliorer la performance économique de l'institution⁵⁸ ». Pour cela, le plan prévoit de réduire l'amplitude des postes de quelques minutes afin d'économiser le coût de quelques jours de récupération de temps de travail par agent. Cette modification implique en creux l'idée de la persistance d'un gaspillage de temps et d'une mauvaise organisation sur lesquels il est encore possible de jouer pour gagner en productivité. Il est aussi prévu de généraliser la rotation des agents entre équipe du matin et équipe d'après-midi, et de supprimer certains jours de repos figurant dans le protocole sur les 35 heures de 2002. Enfin, le projet propose des horaires différents la semaine et le week-end, en rallongeant ces derniers pour qu'ils atteignent le régime dérogatoire de 12 heures (nous revenons sur ce régime plus loin). Pour les agents, cela présenterait l'avantage de travailler moins de week-ends dans l'année (en général 14 au lieu de 26). Pour l'AP-HP, cela permettrait de baisser le coût imputable aux primes de week-end et d'économiser les jours légalement attribués aux agents travaillant plus de 19 dimanches et jours fériés par an. Le projet est vivement critiqué par les syndicats et provoque des manifestations de plusieurs milliers de membres du personnel hospitalier. Dénonçant une charge de travail excessive, un manque de temps chronique pour travailler et un débordement fréquent des horaires, ils clament haut et fort, dans les rues de Paris, que « les RTT, c'est pour souffler ». Le projet de réforme est finalement adopté grâce à un accord avec la CFDT et entre en vigueur en 2016.

TRAVAIL SOIGNANT, TRAVAIL INDUSTRIEL ?

Dans ces entreprises de rationalisation, la part dite « relationnelle » du travail avec le patient, difficilement quantifiable, se trouve dévalorisée, voire exclue de la définition de la charge de travail. Il en va de même des moments de pause, de discussions

collectives ou de relève : s'asseoir et souffler, prendre un café, discuter avec les collègues seraient autant de temps morts et de gaspillages. En cherchant à évaluer la « performance » d'une organisation par des ratios de productivité, ces rationalisations donnent ainsi une image déformée du travail de soin. Elles oublient que se parler et se voir sont essentiels au soin, indispensables pour se transmettre des savoir-faire, des règles de métier, des valeurs professionnelles, pour construire un collectif de travail. De même, c'est dans les moments de pause, de repas et autres temps collectifs que le personnel échange d'autres informations essentielles à la bonne continuation du travail et à la qualité des soins qui ne peuvent figurer par écrit (soit parce qu'elles n'entrent pas dans le format rigide préconçu des transmissions dites « ciblées », soit parce qu'elles sont de l'ordre de l'informel, de l'officieux, et n'ont pas vocation à être transcrites noir sur blanc). S'il n'est pas dans notre propos d'affirmer qu'aucun temps n'est jamais pris d'une façon qui peut apparaître abusive aux patients, aux familles ou aux collègues, il reste que les différentes enquêtes soulignent l'insuffisance structurelle des temps de repos et l'épuisement des soignants, à bout⁵⁹. En rognant sur le temps, les aménagements gestionnaires contribuent à compresser les soins, à densifier le travail et à en alourdir la charge physique et mentale. Ils tendent du même coup à en méconnaître la dimension proprement humaine, à savoir que les soignants, comme tous les travailleurs, sont eux aussi soumis à des variations de leur état et de leur fatigue pouvant affecter leur « productivité ».

Cette rationalisation oublie également que les professionnels sont pris dans une organisation hospitalière complexe et sous tension, dont ils sont dépendants : une pénurie de linge, un chariot repas incomplet, un ascenseur en panne, une armoire à pharmacie en retard, un ordinateur trop lent, etc. peuvent considérablement compliquer, ralentir, voire

accroître leur travail. Enfin, cette démarche ignore ou rejette le fait que certains types de soins, qui impliquent des variations fortes d'un patient à l'autre, ne peuvent faire l'objet d'une standardisation rigide. Elle exclut tout élément qualitatif en refusant par exemple de tenir compte de la complexité des situations des patients, complexité à l'origine d'une transmission ou d'une distribution de plateau plus longue. Or le temps nécessaire aux soins et la manière de les prodiguer dépendent à la fois des soignants et des patients. Si, dans le langage médico-gestionnaire, deux patients sont regroupés parce qu'ils présentent une même pathologie ou ont le même âge, leur situation sociale, leur parcours personnel, leur expérience de la maladie, leur façon de communiquer, leurs appréhensions, leur rapport à l'hôpital, au fait de se faire soigner, aux soignants qui les prennent en charge, etc. sont autant d'éléments variables : dans la pratique, ils demeurent des personnes différentes. En négligeant ces variations, la logique gestionnaire remet en cause le sens même de la relation de soin. Elle traduit également une méconnaissance du rôle des tours de main, des astuces et des savoir-faire que déploient les soignants au quotidien pour faciliter leur travail et les prises en charge, un déni de l'importance de connaître les patients du service. Or savoir que M. Untel n'accepte de prendre ses médicaments qu'avec un verre de grenadine ou qu'il vaut mieux s'y prendre de telle manière pour utiliser tel type de matériel spécifique à ce service fait gagner un temps précieux à l'infirmière ou à l'aide-soignante et limite le risque d'erreurs.

Les gestionnaires ne nient pas que soigner en diabétologie ou en gériatrie n'implique pas le même travail, les mêmes techniques, ni la même division du travail qu'en chirurgie orthopédique ou en anesthésie-réanimation par exemple. En revanche, en définissant des critères de bonne organisation du travail et des soins transposables et adaptables à chaque

service, et en s'appuyant sur ces définitions pour identifier les fameux « gisements de productivité », ils contribuent à une standardisation et à une industrialisation du travail de soin.

Le souci gestionnaire d'adapter les effectifs à l'activité se traduit également au quotidien par une flexibilisation de la main-d'œuvre visant à « assouplir » les organisations, largement liée à la mise en place des pôles d'activité dans les années 2000. Rebaptisés « ressources », les soignants deviennent interchangeables et sont rendus mobiles, attachés non plus à un service mais à un pôle regroupant plusieurs services – parfois sur plusieurs sites. Titulaires d'un même diplôme, ils devraient pouvoir travailler dans tous les services et remplacer au besoin leurs collègues absents dans d'autres unités : une infirmière de réanimation chirurgicale prendra le poste de sa collègue absente en réanimation pédiatrique, une aide-soignante de maternité sera remplacée par une aide-soignante de cardiologie, une infirmière se substituera à une aide-soignante (dont le niveau de qualification est moins élevé), etc. Des équipes de suppléance, aussi appelées « pool de remplacement », ont également été créées pour pallier les déficits de personnel plus ou moins ponctuels dans les différents services de l'hôpital, grâce à la mutualisation de professionnels au sein d'une équipe spéciale. Dans la même veine, l'extension croissante, ces dernières années, des « grandes équipes » imposant des horaires alternant matin et après-midi, mais aussi le développement des rotations entre jour et nuit doivent permettre de fluidifier l'organisation et de simplifier la gestion du personnel et des plannings. Justifiées dans les hôpitaux par les directeurs et les cadres, qui avancent une logique de « développement des compétences », un souci d'équité entre les agents ou une volonté de favoriser une « meilleure ambiance » dans les services, cette polyvalence, cette flexibilité et cette mobilité requises des soignants servent dans les faits une logique organisationnelle

et économique. Les professionnels sont réduits au statut de facteurs de production substituables et déplaçables selon les besoins, dans un service ou dans un autre, du matin ou d'après-midi, de jour ou de nuit, selon des horaires variables. Les blocs opératoires font aussi les frais de ces transformations. Le personnel y est mutualisé et tourne sur plusieurs salles afin de combler les plages vides dans l'occupation des blocs et les heures de travail de la journée. Parallèlement, les horaires des salles sont étendus afin que soient pris en charge le plus de patients possible. Cela densifie et étire le travail, tout particulièrement celui des médecins et des chirurgiens, pour lesquels les directions hospitalières profitent d'une réglementation floue et peu appliquée en matière de temps de travail. Les interventions sont quant à elles programmées, déplacées et reportées selon les commodités organisationnelles pour boucher les trous dans certaines salles opératoires ou éviter le débordement du programme dans d'autres.

En rendant le personnel interchangeable, c'est la spécificité des métiers, des compétences, des relations interpersonnelles qui se trouve niée. Largement vécu comme « une galère » par des soignants ayant le sentiment de servir de « bouche-trous », ce jeu de pions suscite appréhensions, stress, perte du sentiment d'efficacité et de qualification, et entraîne, de fait, une dégradation de la qualité des soins et une désorganisation. Engageant leur responsabilité dans les actes qu'ils pratiquent, craignant les erreurs qu'ils pourraient commettre, les professionnels en viennent alors considérer nécessaire de se rattacher aux protocoles et aux procédures instaurés par les gestionnaires dans l'optique de rationaliser et de sécuriser les soins, alors même que ces protocoles et procédures standardisent le travail et altèrent parfois les soins. Face à cette « précarisation subjective⁶⁰ » des soignants induite par les réorganisations permanentes, face à l'incertitude que celles-ci

provoquent, la procéduralisation du travail fait paradoxalement et insidieusement figure de palliatif à la déstructuration des organisations fonctionnelles de travail, et de rempart contre l'alourdissement des exigences.

LE SOIN MALMENÉ

Depuis une vingtaine d'années, cette « performance » des organisations est évaluée par une multiplicité d'indicateurs visant à rendre comparables les différents hôpitaux en matière de prise en charge et par conséquent à rendre visibles leurs écarts⁶¹. S'ils peuvent révéler de réels dysfonctionnements, ces indicateurs cherchent aussi à « responsabiliser » les professionnels et à gouverner leurs pratiques, oubliant largement la distance qui sépare leurs conditions de travail actuelles de celles nécessaires au bon accomplissement de leur métier. L'indicateur du temps d'attente et de passage aux urgences en est un exemple parlant (voir l'encadré ci-dessous).

QUAND AUGMENTER LA PRODUCTIVITÉ DÉGRADE LA QUALITÉ, L'ENQUÊTE DE NICOLAS BELORGEY

A priori relativement consensuel car s'appuyant sur l'encombrement des services, dont la presse se fait largement l'écho, l'indicateur du temps d'attente et de passage aux urgences étudié par Nicolas Belorgey donne à voir les écarts existant entre différents services à l'échelon national⁶². Ce faisant, il amène à considérer la borne basse comme une référence, et surtout comme une norme atteignable. Son intitulé implique également que ce délai peut être réduit à condition que soient identifiés les dysfonctionnements organisationnels, dont les soignants sont implicitement rendus responsables. Toutefois, si l'indicateur met en lumière une certaine réalité des services des urgences, il laisse dans l'ombre d'autres contraintes

et nécessités cruciales permettant de comprendre le problème du temps d'attente et de passage : les moyens dont disposent les services, l'environnement extérieur à l'hôpital (l'offre de soins en amont et en aval), les symptômes très différents d'une même pathologie d'un patient à l'autre, mais aussi les situations personnelles – la dimension sociale de l'accueil aux urgences. Il en va de même, par exemple, dans les blocs opératoires, où la « performance » est mesurée par les taux d'occupation ou de débordement des programmes. Oubliant que le travail chirurgical et soignant ne se passe pas forcément comme prévu et n'entre pas toujours dans des cases préconçues, ces indicateurs ne disent rien sur la qualité des opérations réalisées, sur les conditions de sécurité dans lesquelles elles ont été effectuées, ni sur la convalescence des patients. Surtout, Nicolas Belorgey montre, pour les urgences, que l'injonction gestionnaire de diminuer les temps d'attente et de passage pour accroître la productivité se traduit par un effet boomerang sur la qualité des soins : réduire le temps de passage entraîne une hausse du taux de retours aux urgences des patients, en d'autres termes cela dégrade la qualité⁶³.

Parallèlement au déploiement de ce type d'instruments de quantification se développent d'autres indicateurs visant à évaluer plus directement la qualité des prises en charge hospitalières, selon une définition conventionnelle. Ces « indicateurs qualité » se sont développés pour répondre au problème public de l'absence de mesure de la qualité hospitalière, formulé à la suite des mobilisations de patients des années 1990 sur le thème de la sécurité sanitaire, et de la publication par certains journaux de classements des hôpitaux⁶⁴. Ils cherchent aujourd'hui à analyser l'action des établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales, mettent l'accent sur la traçabilité des activités médicales et paramédicales, ou évaluent la conformité des pratiques aux normes professionnelles et bureaucratiques⁶⁵. Il existe par exemple des normes

pour : la tenue du dossier du patient, l'évaluation de la douleur, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, la surveillance des infections du site opératoire, le volume d'achats de solution désinfectante, etc. Mais cette qualité formelle et verticale des indicateurs s'oppose à la qualité que valorisent les soignants, qui repose davantage sur la dimension relationnelle des soins, le temps et les moyens humains et matériels dont ils disposent. Visant à rendre l'hôpital plus transparent et à responsabiliser les professionnels, cette rationalisation des organisations par les indicateurs qualité est plus insidieuse qu'une logique de rationalisation économique et organisationnelle. Associés à une contractualisation avec les tutelles et les directions hospitalières, souvent vécus par les professionnels comme imposés « d'en haut », ces indicateurs participent d'abord à la production de nouvelles formes bureaucratiques plutôt qu'à la désagrégation des anciennes⁶⁶. Ils concourent ensuite à l'intégration organisationnelle de services et de segments professionnels, au premier rang desquels les médecins, qui disposaient auparavant d'une autonomie plus importante. La démarche demeure en effet profondément normative : elle cherche à discipliner les professionnels et à normaliser leurs pratiques⁶⁷. Tout comme pour le temps d'attente aux urgences, ces indicateurs sont simultanément descriptifs et prescriptifs⁶⁸ : ils mettent en lumière des écarts, désignent des responsables et suggèrent les actions à mener.

DES SOIGNANTS PRÉCARISÉS

Ces multiples aménagements conduisent à une situation paradoxale où, d'un côté, les temps morts, inutiles, considérés comme mal employés, doivent être supprimés afin de « gagner du temps » et où, de l'autre, la multiplication des

formalités bureaucratiques empiète sur le temps du soin et dégrade les prises en charge, accroissant la lourdeur du travail des soignants. Car, si ce travail a toujours été frappé de pénibilité physique, mentale et émotionnelle, celle-ci a connu une aggravation depuis le milieu des années 1990 avec les réformes gestionnaires et la sollicitation croissante de l'hôpital par des personnes précarisées et « chassées » de la médecine de ville⁶⁹. Alors que le personnel hospitalier cumule déjà de nombreuses contraintes pesant sur sa santé du fait de son travail (efforts physiques importants, exposition à un environnement de travail toxique, horaires postés et décalés, compliquant de surcroît l'articulation entre vie professionnelle et vie privée⁷⁰), les études montrent que les sollicitations physiques s'accroissent chez toutes les catégories de travailleurs, mais particulièrement chez les aides-soignantes et les agents de service : de plus en plus de déplacements longs et nombreux, de piétinements, de stations debout prolongées, de manipulations de charges lourdes, de mouvements douloureux et fatigants. Ces contraintes s'exercent de surcroît alors que la population soignante tend à vieillir et que les difficultés matérielles se multiplient (locaux vétustes et/ou inadaptés, chariots et moyens de manutention détériorés, etc.)⁷¹. Les cadences augmentent, les délais se raccourcissent et le travail s'intensifie puisqu'il faut, en raison du financement à l'activité, traiter toujours plus de patients à effectifs constants. La rotation des lits est plus rapide, le nombre de consultations par vacation augmente fortement. Dans les services, le vocabulaire industriel envahit le discours des soignants qui décrivent leur travail. Nombreux sont ceux qui parlent d'un travail « à la chaîne », avec l'impression d'être « à l'usine » ou « à la mine », de s'être transformés en « piqueuses », en automates ou en entrepreneurs chargés de faire du chiffre. L'alourdissement des tâches administratives grignote encore

le temps disponible. Cette compression du temps transforme le soin en acte productif et déstructure les collectifs de travail. Le sentiment d'« urgence permanente » participe alors d'un affaiblissement des modes de coopération ainsi que d'une perte collective et individuelle du sens du travail. Souffrant de devoir bâcler les soins et de produire des actes dispensables, les soignants sont confrontés à des dilemmes personnels et éthiques face auxquels ils se sentent isolés et démunis⁷². Tout comme les situations de « qualité empêchée », la peur de mal faire devient courante, et la présence limitée des médecins, liée à la dispersion de leur activité, conduit à des « glissements de tâches » qui insécurisent les paramédicaux.

Dans ce contexte de hausse de la pénibilité du travail, la sensibilité accrue aux incivilités commises par certains patients et leur famille contribue à l'augmentation de l'insatisfaction. La dernière enquête *Conditions de travail* conduite par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du ministère du Travail montre à cet égard que les situations de tensions avec les patients se multiplient dans la fonction publique hospitalière (60,3 % en 2016, contre 55,3 % en 2013) et que ce pourcentage est le plus important tous secteurs confondus⁷³. Certes, le contact avec les patients ainsi que la confrontation à la maladie et à la mort sont consubstantiels au métier de soignant. Cependant, la demande de soins a évolué avec l'élévation des exigences des patients issus des classes moyennes et supérieures et avec l'accueil de personnes précaires et vieillissantes. Cela étant, dans l'analyse du malaise des professionnels, il serait peu rigoureux de surestimer le poids de la charge émotionnelle et de l'attitude des patients, et de minimiser les effets que produisent les réformes – ce que tendent pourtant à faire les gestionnaires en extrapolant les conséquences des réorganisations qu'ils leur imposent.

Cette dégradation des conditions de travail et cette détresse ont des conséquences parfois dramatiques. Depuis plusieurs années, la presse se fait ainsi l'écho des cas de suicides qui se multiplient parmi les agents de l'hôpital, toutes catégories confondues (internes, médecins, chirurgiens, infirmières, aides-soignantes, cadres de santé, brancardiers, techniciens de laboratoire...), mettant en cause les conditions de travail et les politiques de « gestion des ressources humaines ». Couplées à l'épuisement, au stress, à la pression, au harcèlement ou à la souffrance que décrivent les récentes et pléthoriques publications de chercheurs et d'acteurs hospitaliers, ces situations dramatiques semblent malheureusement constituer la seule face visible des effets de la précarisation subjective des travailleurs hospitaliers⁷⁴.

LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE À LA POINTE DE LA DÉGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Aujourd'hui, les conditions de travail dans la fonction publique hospitalière (FPH) font partie des plus pénibles et des plus dégradées que connaissent les salariés, y compris par rapport à celles des travailleurs du bâtiment, souvent présentées comme particulièrement éprouvantes – ce que reconnaît la Haute Autorité de santé⁷⁵. Ces rythmes de travail, cette pression temporelle s'exercent au quotidien. Cette intensification du travail à l'hôpital est indéniable, en témoignent les résultats des grandes études statistiques publiques menées depuis une vingtaine d'années⁷⁶. De fait, les travailleurs hospitaliers ont ceci de spécifique qu'ils déclarent constater depuis 1998 une accentuation des contraintes de rythme de travail, quand, entre 1998 et 2005, l'enquête *Conditions de travail* de la Dares mettait en évidence une pause dans l'intensification d'un point de vue général⁷⁷. Quelques chiffres issus des derniers résultats de cette enquête sont évocateurs. En 2016, près de 60 % des agents de la FPH disent devoir toujours

ou souvent se dépêcher. Si ce chiffre diminue ces dernières années, il reste supérieur de 17 points à celui de l'ensemble des salariés de la fonction publique, et de plus de 13 points par rapport aux salariés du privé. De même, l'exposition aux contraintes de rythme est particulièrement élevée (42,4 % en 2016, contre 27,4 % pour l'ensemble de la fonction publique et 37,4 % pour le privé), et les contraintes liées à des demandes extérieures ou à des délais à respecter en peu de temps sont, elles aussi, très répandues (respectivement 79 et 49 %) et continuent d'augmenter (respectivement 8,5 et 4 points par rapport à 2013)⁷⁸. En 2016, 78,8 % des agents de la FPH déclarent devoir fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue, soit une augmentation de 5,3 points par rapport à 2005 (et de 0,7 point par rapport à 2013), tandis que la part de ceux qui affirment ne pas pouvoir quitter leur travail des yeux s'élève à 47,3 % en 2016, soit une hausse de 3,6 points par rapport à 2013 et de 10,3 points par rapport à 2005. Il a par ailleurs été démontré statistiquement que les contraintes de rythme étaient associées au sentiment de « qualité empêchée » exprimé par les travailleurs⁷⁹. Ainsi, il n'est pas surprenant que les infirmières et les aides-soignantes, particulièrement concernées par cette pression temporelle et par l'accentuation de l'intensité des pics d'activité dans la journée ces dernières années, soient surreprésentées dans des situations de travail très délétères pour leur santé, avec un cumul d'expositions de tous ordres : physiques, organisationnelles, psychosociales, et un bien-être psychologique fortement dégradé⁸⁰. Les études montrent également que les conditions de travail éclairent pour une large part les absences au travail – particulièrement nombreuses à l'hôpital – et les intentions ou décisions des soignants de quitter la profession (cette intention est quatre fois plus élevée quand la qualité du travail d'équipe est mauvaise ; et par ailleurs un tiers des infirmières ne finissent pas leur carrière et un quart des étudiants infirmiers ne terminent pas leurs études)⁸¹.

CONSENTIR POUR TENIR : LE CAS DU TRAVAIL EN 12 HEURES

Les logiques qui sous-tendent les dispositifs de gestion se sont progressivement imposées comme des manières de penser et d'agir chez les différents acteurs, qu'ils soient directeurs, cadres ou soignants. Un exemple est particulièrement illustratif de ces tendances : depuis les années 2000 se développent des horaires de 12 heures de travail d'affilée chez les infirmières et les aides-soignantes. Le bilan social des établissements de santé réalisé par le ministère recense 11 % des agents des hôpitaux travaillant avec ces horaires, mais ce chiffre cache d'importantes disparités, certains hôpitaux n'étant pas concernés quand d'autres comptent 70 % de leurs soignants « en 12 heures »⁸². Dérogatoires à la durée légale de travail à l'hôpital (de 9 heures de jour et 10 heures de nuit), ces horaires ne se justifient pourtant au regard du droit que « lorsque les contraintes de continuité de service public l'exigent en permanence », après consultation des instances représentatives du personnel⁸³. Hérités de la pratique des gardes dans certains services fonctionnant en continu depuis les années 1970-1980 tels que les maternités, les urgences, les blocs opératoires ou la réanimation, ils sont aujourd'hui mis en place dans tout type de services et servent une politique de rationalisation du travail cherchant à faire des économies⁸⁴. Pour les réformateurs, et pour les directeurs et les cadres de santé dans les hôpitaux, organiser le travail en deux fois 12 heures par 24 heures au lieu de trois équipes (en 7 h 30 environ pour celles du matin et d'après-midi, en 10 heures pour celles de nuit) permettrait tout à la fois d'économiser le coût d'une relève par jour, d'accroître l'amplitude d'ouverture de certains plateaux techniques afin de générer plus d'activité, de gérer plus facilement des effectifs contraints et l'absentéisme, ou encore d'attirer

et de fidéliser des soignants grâce à l'octroi de jours de repos nombreux. Les horaires en 12 heures seraient donc un remède à la tension entre « performance sociale » et « performance économique », *a priori* incompatibles.

Dès lors, on constate ces dernières années une multiplication des recommandations et des préconisations de ce type d'horaires. Considérant les 12 heures comme une « marge de manœuvre » permettant d'atteindre « l'efficience », certaines chambres régionales des comptes déplorent par exemple le déploiement encore faible de ces horaires, tandis que des agences régionales de santé préconisent parfois de faire passer des services en 12 heures dans le cadre des « plans de retour à l'équilibre » qu'elles imposent aux hôpitaux en difficulté financière. La Fédération hospitalière de France, diverses associations professionnelles ou le dernier rapport du Sénat sur les Ehpad proposent également de recourir à la journée de 12 heures pour répondre à des problèmes organisationnels⁸⁵. Alors qu'elles sont une dérogation au droit du travail, les 12 heures tendent ainsi à devenir une organisation normale car pratique, faisant oublier combien, dans les faits, elle s'écarte de la réglementation : dépassements courants de la borne des 12 heures du fait du temps nécessaire aux transmissions entre équipes, non-comptabilisation fréquente de ce temps excédant les 12 heures (soit chaque année des dizaines d'heures travaillées gratuitement), plannings souvent organisés avec alternance d'une petite et d'une grande semaine (illégal) de 60 heures, etc.

Cependant, pour une partie des soignants, l'organisation en 12 heures apparaît comme une solution acceptable face aux exigences pesant sur leur travail et à la place qu'il accapare dans leur vie. L'augmentation du volume d'heures quotidiennes de travail se traduit par une diminution importante du nombre de jours travaillés : passer d'environ 7 h 30 à 12 heures de travail

par jour signifie en contrepartie une réduction de 8 jours de travail (ils passent de 20 à 12) dans le mois en moyenne. Pour de nombreux soignants, ce rééquilibrage est vital tant le travail s'est alourdi ces dernières années sous l'effet conjugué de la densification de sa charge et de l'intensification de son rythme. Travailler en 12 heures permet de mettre à distance le travail et de récupérer :

« On est en flux tendu en termes de personnel, donc du coup... En fait, on se fait avoir à longueur de temps. La charge de travail est très lourde, mais on arrive quand même à suivre derrière. Même si c'est avec des difficultés. On est en souffrance. On est épuisées. On rentre chez nous épuisées, physiquement, moralement. Eux, les supérieurs, la direction et tout, la chose qu'ils vont voir, c'est que le travail est fait. [...] On arrive à faire ça vite, mais qui dit vite dit aussi parfois, hélas, bâcler et dit risque d'erreur aussi plus important, parce qu'on va vouloir aller trop vite, et on fait pas forcément bien les choses. [...] L'avantage, c'est que, quand tu es en 12 heures, t'as beaucoup plus de jours de repos [...], donc plus de temps de récupération. C'est la seule chose qui nous sauve. »

(Entretien avec une infirmière de nuit en pédiatrie, août 2013.)

Face au manque de temps pour réaliser la totalité des tâches et suivre correctement les patients, étirer la longueur de la journée de travail à 12 heures apparaît aussi pour certains soignants comme une manière de mieux travailler. La possibilité de reporter à l'après-midi une tâche qui n'a pas pu être effectuée le matin donne à ces soignants le sentiment de casser le rythme industriel d'un travail extrêmement cadencé et standardisé, mais aussi à la fois de mieux s'adapter aux rythmes des patients et de mieux les suivre. C'est ce qu'exprime par exemple cette aide-soignante en gériatrie :

« En équipes, on était du matin, il fallait à tout prix que notre boulot soit terminé parce qu'on voulait pas laisser du boulot à la collègue de l'après-midi, c'était pas toujours bien pris. Donc du coup on speedait, on speedait, on speedait pour que ce soit fini, tout bouclé, tout nickel. Maintenant, on se dit : "Voilà, ce matin j'ai pas eu le temps de faire une douche : je fais le minimum à la dame ou au monsieur, allez hop ! On reviendra dans l'après-midi." [...] C'est déjà là où je trouve le côté des 12 heures sympa. On n'est plus dans la course continuelle des toilettes le matin. [...] On travaille plus sereinement. »

(Entretien avec une aide-soignante en gériatrie, mai 2014.)

Pouvoir rompre avec un rythme de travail effréné pour recréer une forme d'autonomie dans l'organisation de son travail est une attente fréquente des soignants. Dans certains services comme la réanimation, où le travail est largement imprévisible, le travail en 12 heures est parfois vu comme une organisation permettant de gérer plus efficacement les aléas et les urgences, qui peuvent s'avérer relativement longues à prendre en charge. Certains se félicitent par ailleurs de la suppression de la relève entre équipe du matin et équipe d'après-midi, qu'ils considèrent comme chronophage, et vantent la limitation des « risques de perte d'informations » qu'elle entraînerait, tout comme une gestion plus rationnelle des effectifs. À travers ces arguments, une partie des soignants reprend ainsi à son compte la vision qui s'est imposée à l'hôpital : un travail est considéré comme efficace si les temps assis sont réduits, et le temps de chevauchement des équipes est envisagé moins comme un espace d'entraide et de discussion du travail que comme du gaspillage. Outre ces avantages que de nombreuses infirmières et aides-soignantes disent trouver dans cette organisation, les jours de repos supplémentaires que dégagent les journées de 12 heures apparaissent comme le succès d'une

revendication historique des soignants : avoir le temps pour une vie privée en dehors de l'hôpital. Cette aspiration ne date pas des années 2000 et des attentes prétendument individualistes d'une soi-disant « génération 35 heures ». Au contraire, elle se retrouve tout au long au XX^e siècle et se matérialise aujourd'hui dans la revendication d'un « droit » aux 12 heures et plus généralement d'un « droit au repos ».

Cet exemple du travail en 12 heures est caractéristique de la manière dont la logique gestionnaire se nourrit des dysfonctionnements qu'elle engendre et parvient, du fait de la précarisation des soignants, à les faire adhérer à des dispositifs qui tirent profit de leur travail. C'est en effet parce que la mise en gestion a rendu le travail plus pénible et lui a fait perdre son sens que certains soignants en viennent aujourd'hui à gager que les 12 heures sont « la seule chose qui [les] sauve » dans ce contexte. Dénonçant et croyant mettre à distance par leur recours à ce dispositif l'ordre productif qui s'est imposé à l'hôpital, ils contribuent en fait à le légitimer. Arguant que le droit n'est plus en phase avec la réalité du travail hospitalier et que les 12 heures devraient pouvoir être mises en place avec plus de facilités, ils participent alors à la dérégulation (et à terme à l'obsolescence) du droit du travail, pourtant (encore) protecteur de leur santé.

Transparaît ici un des rouages fondamentaux sur lesquels s'appuie la domination gestionnaire : les professionnels, loin d'être passifs, en viennent à intégrer la rhétorique gestionnaire et à adhérer aux dispositifs de rationalisation, qui leur apparaissent nécessaires pour faire face à l'incertitude provoquée par ces réorganisations permanentes et les exigences de productivité. Ils intériorisent les contraintes, normalisent leurs pratiques et acceptent, de fait, un contrôle social accru. Ainsi, derrière une apparente scientificité et sous prétexte de pragmatisme, les dispositifs gestionnaires de rationalisation du travail

dépolitisent les problèmes qu'ils entendent résoudre. Fondées sur une *économie du temps*, ces rationalisations suggérant que les problèmes sont avant tout organisationnels masquent une autre interprétation de la réalité hospitalière : celle d'un manque de moyens, d'effectifs et de temps à consacrer aux patients. Celle, aussi, d'une désorganisation, d'un manque de régulation ou de moyens en amont et en aval de l'hôpital qui se répercutent sur celui-ci⁸⁶. Celle, enfin, d'une désorganisation elle-même provoquée par ces aménagements gestionnaires qui dénie aux professionnels leurs savoir-faire et la fonctionnalité de leur organisation.

QUEL SOIN POUR QUEL HÔPITAL ?

Rationaliser le travail soignant implique de revenir sur ce que soigner les patients veut dire et sur le rôle attribué à l'hôpital public. L'efficacité et la performance de l'hôpital se mesurent-elles au fait d'avoir réussi à donner chaque jour une douche à chaque patient d'une unité Alzheimer grâce à des journées de 12 heures de travail, ou au risque de maltraitance et aux effets que cette douche donnée à 15 heures peut produire sur leurs fonctions cognitives ? Se mesurent-elles au temps que l'on attend aux urgences, à la durée moyenne d'un séjour à l'hôpital, ou bien par le risque d'y être mal soigné et d'être obligé d'y revenir ? À la quantité de plateaux qu'une aide-soignante peut distribuer en vingt minutes, ou au fait d'avoir eu suffisamment de temps à consacrer à chaque patient ? Au nombre de fois où les équipes se transmettent des informations sur les patients et au temps passé à se les communiquer, ou bien au contenu de ces échanges et à la possibilité de revenir ensemble sur les éléments importants du service écoulé ? Cherchant à imposer l'idée d'une crise organisationnelle

tout en discréditant celle d'un manque de moyens accordés aux soins, les politiques gestionnaires de rationalisation du travail censées produire un hôpital mieux géré pour les usagers tendent en réalité à dégrader les soins prodigués aux patients : augmentation du taux de retours aux urgences, restriction du temps relationnel, manque d'information, méconnaissance des patients, fatigue du personnel, etc. La redéfinition productiviste des soins affecte autant les professionnels que les malades et leurs proches. À ce titre, la façon dont sont élaborés, produits, diffusés les indicateurs de gestion et de management pose un problème majeur : les premiers concernés y sont exclus des modalités de définition de la réussite de leur action⁸⁷.

3

De
l'autonomisation
à la faillite

Les évolutions que connaît l'hôpital public depuis le début des années 1980 font l'objet de lectures concurrentes, y compris en sciences sociales. Le concept d'« hôpital-entreprise », par exemple, est l'objet d'interprétations diverses et vient cristalliser les désaccords dès lors qu'il est à la fois un concept analytique visant à décrire la conversion de l'institution à une logique marchande et un instrument sémantique de lutte dénonçant une distorsion aux antipodes des missions de service public. Ce concept s'est construit progressivement à partir de la fin des années 1970 sur le rapprochement étroit de l'organisation hospitalière et d'un ensemble de techniques et savoirs managériaux issus de champs économiques concurrentiels et capitalistes⁸⁸. Si un hôpital se distingue à maints égards d'une entreprise (bien que ce terme recouvre des réalités bien diverses), il partage désormais avec elle le foisonnement d'une bureaucratie managériale⁸⁹, ainsi que *la nécessité de considérer comme réel le risque de faillite, c'est-à-dire la contrepartie morale de la responsabilité individuelle en régime capitaliste*. C'est de ce second point qu'il est à présent question.

La conversion de l'hôpital aux indicateurs de performance n'avait rien d'évident, et le chapitre précédent a mis en lumière le caractère heurtant et heurté des réformes organisationnelles, notamment en termes de temps et de cadence de travail. Cependant, ces réformes ne se confondent pas avec celles qui transforment en profondeur les logiques économiques de l'hôpital public. Cette entité *budgétaire* fonctionnant par dotation est devenue à partir des années 1980

une entité *financière*, dépendant de sa « production » et de sa productivité, libre d'emprunter sur les marchés financiers ; un acteur économique non pas seulement rationnel mais calculeur et investisseur. Pour cela, il a fallu faire de l'hôpital une source de valeur économique. Un lit d'hôpital est ainsi devenu un objet d'investissement tenu de répondre d'une rentabilité présente mais surtout future. Depuis une vingtaine d'années, de nombreux objets sont transformés en sources de valeur ou, plus prosaïquement, de profits. Un diplôme, un texte scientifique, une molécule, une forêt, un arbre planté en compensation d'une émission de CO₂ – peu d'objets semblent échapper aux processus de capitalisation, c'est-à-dire de conversion en entités analysables sous l'angle de l'investissement et donc du retour sur investissement⁹⁰. Comment un service hospitalier devient-il un objet de capitalisation ? Qu'est-ce qui a conduit à ce que, à partir des années 2010, les ouvertures de services ne dépendent plus seulement d'une nécessité de santé publique mais d'une opportunité financière soutenue et matérialisée par un *business plan* ? C'est la première question à laquelle il convient de répondre.

Mais cet enjeu n'est, selon nous, pas suffisant. Il faut expliciter un deuxième lien, celui de l'imbrication étroite entre échec économique et responsabilité individuelle – ici celle d'un hôpital. C'est là un point jusqu'à présent absent des analyses sur l'hôpital, du moins pour le cas français. Pourtant l'hôpital public ne découvre pas aujourd'hui les difficultés financières. Les comptes « dans le rouge » ont toujours existé, et il serait erroné de penser que la période récente et l'extension du néolibéralisme au secteur hospitalier en seraient les uniques responsables. Si la crise des finances hospitalières est une constante, en revanche les responsables pointés du doigt ne sont plus les mêmes. C'est la morale du marché qui va structurer ce nouveau régime. Celle-ci, nous disent Frédéric

Lordon et Pépita Ould-Ahmed, suppose que « le sujet économique se constitue juridiquement et moralement en tant que point d'application de la contrainte de paiement, responsable de ses dettes, et exposé à des formes particulières de sanction en cas de manquement à ses engagements⁹¹ ». Autrement dit, cette morale suppose que l'échec, parce qu'il est le fait de celui qui échoue, conduit à une issue à la fois dramatique et nécessaire : la liquidation et la disparition de la structure. La faillite n'est envisageable que comme la conséquence d'une responsabilité mal assumée, de mauvais choix d'investissements. Elle a donc à voir avec l'autonomie de la personne ou de la structure, libre d'emprunter, de produire, d'appliquer des stratégies marchandes susceptibles de la consacrer comme de la condamner.

« Capitalisme », « faillite » sont des termes en apparence inadaptés pour parler d'une structure publique comme l'hôpital. Pourtant, au vu des transformations des règles du jeu économique depuis le début des années 1980, la mobilisation de ces catégories éclaire sous un nouveau jour la définition politique et sociale de l'hôpital, à la fois entité de production investissant dans des services et devant penser le retour sur investissement, et entité responsable de ses mauvais choix et ne pouvant plus blâmer les pouvoirs publics en cas de péril financier. Si le *nouveau management public* a été érigé en réponse à une crise présentée comme organisationnelle, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la responsabilisation financière et le risque d'échec, tout en le prolongeant, le radicalisent.

Cette transformation économique de l'hôpital public est à penser en étroite articulation avec un discours récurrent sur la crise financière qu'il connaîtrait. Les crises de l'hôpital n'ont rien de naturel, et il est même possible de considérer qu'elles sont d'une certaine façon fabriquées. La crise

économique de l'hôpital public a ainsi été fabriquée selon deux procédés complémentaires. Elle est le résultat, d'une part, d'un processus long de mise en faillibilité de l'hôpital, c'est-à-dire d'une fragilisation visant à le placer au bord du gouffre financier de façon à l'obliger à se restructurer par lui-même; d'autre part, de la construction et de la mobilisation d'un discours sur la crise économique et sur le manque de moyens qui vient heurter la version légitime et dominante d'une crise purement organisationnelle et systémique. Pour la plupart des mouvements sociaux engagés dans la défense du service public hospitalier (syndicats, Mouvement de défense de l'hôpital public, différents partis politiques de gauche), la crise n'est pas organisationnelle – ou du moins elle est loin de n'être qu'organisationnelle. Cette lecture fait concurrence à celle proposée par les réformateurs et les tutelles, qui cherchent depuis le début des années 1980 à endiguer le rythme d'augmentation des dépenses tout en convenant néanmoins de l'existence d'un problème. À la version organisationnelle s'oppose donc une version financière.

Quelle est la teneur de cette crise des financements? Comment peut-on analyser la situation actuelle d'hôpitaux souvent à l'équilibre mais aussi fréquemment endettés, voire surendettés? Qu'est-ce que l'évolution des dernières décennies nous dit de la conception nouvelle de l'hôpital public? Nous montrons ici que les responsabilités et les difficultés économiques, relatives à la fois au fonctionnement routinier de l'hôpital et à son endettement, ont été depuis les années 2000 reportées sur les seuls établissements.

LE TEMPS DES CALCULS ET DE LA RAISON GESTIONNAIRES

Du début des années 1950 à la fin des années 1970, l'hôpital public connaît en France un essor spectaculaire. La transformation des modes de prise en charge et de l'institution hospitalière conduit à des investissements massifs, assurés par l'État, l'Assurance maladie, les collectivités locales, les établissements eux-mêmes (selon leurs capacités financières) et aussi la Caisse des dépôts et consignations (avec des taux d'intérêt de l'ordre de 8 %) ⁹². Le nombre de personnes admises à l'hôpital passe ainsi de 1,5 million en 1948 à 6 millions en 1978 ; le nombre de médecins pour 100 lits, de 3 en 1965 à 10 en 1980 ; le nombre de lits hospitaliers, de 350 000 en 1961 à 440 000 en 1979, etc. ⁹³. Cet essor s'accompagne d'une augmentation des dépenses, mais surtout d'une transformation profonde de l'institution. Les années 1960 et 1970 voient cette évolution se poursuivre et l'hôpital se techniciser davantage ⁹⁴. Mais, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, les dépenses de santé, d'abord image d'un modèle en expansion, deviennent un problème. L'enjeu est alors double : endiguer le rythme des dépenses et orienter, à distance, les façons de soigner. Les réformateurs de l'époque sont fortement imprégnés d'une conception gestionnaire (voir chap. 1) : une logique illustrée par des modes d'organisation, des principes et des dispositifs visant à assurer un usage raisonné des ressources et à garantir un niveau de performance à hauteur des moyens mis en œuvre. Autrement dit, l'hôpital des années 1980 et 1990 doit être, pour le ministère de la Santé, une organisation gérant au mieux les moyens qui lui sont alloués et devant rendre compte de cet usage. « Maîtrise, performance et rationalité ⁹⁵ » deviennent des valeurs cardinales. Il n'est pas encore question d'une logique engageant la rentabilité des établissements – elle

arrivera dans les années 2000-2010. Si, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, le *logos* gestionnaire suppose une multitude de dispositifs organisant le temps, l'espace et l'action, il implique aussi le calcul, à la fois comme outil de savoir et comme principe d'organisation.

Ce calcul emblématique de l'esprit gestionnaire va s'appliquer au coût des séjours. Jusqu'aux années 1980, il n'existe aucune mesure précise de la « production » hospitalière. Et cela pour une raison très simple : ni les gouvernants ni les experts du monde de l'hôpital ne sont encore en mesure de dire ce que « produit » un hôpital. La tâche que s'assigne alors le ministère de la Santé à partir de 1981 est double : résoudre cette énigme (que produit un hôpital et à quel coût ?) et tenir les dépenses. Un haut fonctionnaire, alors directeur des Hôpitaux, Jean de Kervasdoué, met en œuvre une série de réformes qui structureront, pour les décennies suivantes, la logique de fonctionnement de l'hôpital. La première mesure consiste à en finir avec le mode de financement des hôpitaux qui prévalait depuis 1941 : une rémunération dite « au prix de journée », chaque journée d'hospitalisation se voyant – de façon très sommaire – attribuer un prix. La critique majeure porte alors sur l'incapacité de ce mécanisme à endiguer l'augmentation des dépenses (critique qui sera d'ailleurs à nouveau formulée à propos du mode de financement suivant). Le ministère met en place un outil simple en apparence : la dotation globale de financement, qui alloue chaque année un montant aux hôpitaux, qui doivent faire avec. Pas un cheveu ne saurait dépasser. Ce dispositif échoue à contenir les dépenses, les directions d'hôpital négociant systématiquement des rallonges, difficiles à refuser pour les autorités locales. Il présente aussi un aspect pour le moins pervers, puisque de nombreux établissements se trouvent empêchés d'engager des dépenses car la dotation a été utilisée alors que l'année n'est pas finie. Le dispositif ne remplit donc qu'un

seul des deux objectifs que s'est assigné le ministère : tenir les dépenses. Comment alors résoudre l'énigme de la production et de son coût ? Par le calcul gestionnaire.

De 1983 jusqu'à la fin des années 1990, le ministère, aidé de chercheurs en sciences de gestion de l'École des mines et de Polytechnique, met sur pied un système d'information qui classe les séjours en grandes catégories, ainsi qu'un système national permettant d'établir le coût moyen de production de chacun de ces séjours. L'opération est longue (plus de quinze ans) et suppose de doter les établissements des instruments de gestion nécessaires. Au début des années 2000, le ministère est en mesure de connaître la « production » de chaque hôpital ainsi que son coût. L'opération peut sembler anodine, elle constitue en fait un coup de force : les pouvoirs publics ont réussi à pénétrer les organisations hospitalières. Ces informations vont servir à inciter les hôpitaux les moins productifs à se rapprocher de la norme, c'est-à-dire qu'ils devront commencer à gouverner leur productivité. Une première forme d'autonomisation économique se dessine puisque, à l'issue de ce processus, chaque hôpital fait l'objet d'une quantification gestionnaire individualisée⁹⁶.

LA RENTABILITÉ À L'ORDRE DU JOUR

L'individualisation des performances économiques n'a cependant que peu d'impact concret jusqu'en 2004. En effet, chaque hôpital continue de percevoir tous les ans un budget identique à celui de l'année passée, donc indépendamment de sa production. Autrement dit, une déconnexion sévit entre l'activité d'un hôpital et le niveau de ses recettes. Si l'énigme des années 1980 concernait la production de l'hôpital et son coût, celle des années 2000 réside dans la façon de mettre en

adéquation production et recettes. L'autre enjeu n'a toutefois pas disparu. Tenir les dépenses reste une priorité. Une solution va émerger : la transformation des coûts moyens par séjour en « tarifs ». Tarifier chaque séjour doit permettre à l'État à la fois de faire coller les recettes à l'activité des hôpitaux et de contrôler à distance le montant des dépenses en jouant sur le niveau de chaque tarif. Si l'objectif initial était plus ambivalent, c'est bien cet usage qui va devenir prioritaire, d'autant qu'il se double d'une volonté désormais impérieuse de respecter un objectif national des dépenses d'assurance maladie, mis en place par les ordonnances Juppé de 1996 et devenu au fil des ans (et particulièrement à partir de 2002) un totem politique, gage de sérieux budgétaire.

La désormais bien connue « tarification à l'activité », aussi appelée « T2A », coalise progressivement les critiques et devient l'emblème d'un hôpital transformé en entreprise. Si cette nouvelle règle du jeu permet à une partie des établissements d'augmenter considérablement leurs recettes, d'autres, en revanche, s'en trouvent fortement pénalisés. De nouvelles formes d'inégalités se dessinent, assorties de situations périlleuses inconnues jusqu'alors. Qui plus est, la tarification ne finance pas suffisamment tous les séjours. Si, pour un certain nombre de prises en charge, le coût moyen est correctement calculé (par exemple des prises en charge très routinisées et standardisées comme l'opération de la cataracte), dans d'autres disciplines comme l'hématologie ou la diabétologie, les tarifs ne couvrent pas toujours les coûts (voir encadré ci-dessous). C'est ainsi que des activités deviennent, pour la première fois à l'hôpital public, rentables, et d'autres trop coûteuses et pénalisantes pour les comptes de l'établissement. Et, si les gouvernants ne prononcent pas ce terme de « rentabilité », ils cherchent en revanche volontairement à mettre en œuvre ce basculement de l'hôpital. La logique est simple : puisque

l'État et les hôpitaux connaissent le coût moyen de production de chaque type de séjour et le tarif attribué à chaque séjour, alors un séjour à l'hôpital dont le coût sera inférieur au tarif deviendra rentable. À l'inverse, un séjour dont le coût pour l'établissement sera supérieur au tarif sera problématique puisque source de déficit. Cette logique conduit très clairement l'autonomisation de gestion à son terme : si un service dans un hôpital est déficitaire, ce n'est pas parce que le budget n'est pas assez élevé, mais parce que le service n'est pas assez productif. La responsabilité du déficit se reporte ainsi directement sur le personnel de santé et les hôpitaux.

LA FABRIQUE DES MALADES RENTABLES

Mise en œuvre à partir de 2004, la tarification à l'activité consiste à rémunérer chaque établissement à hauteur de sa production. Chaque patient est rattaché à un groupe standard de séjours appelé « groupe homogène de malades », auquel un tarif national est appliqué. L'hôpital doit donc classer les patients dans un des 2 600 groupes existant afin de recevoir pour chaque séjour le tarif correspondant. Chaque année, l'Assurance maladie et l'agence chargée du calcul des tarifs (l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Atih) publient la grille tarifaire. Pour 2018 par exemple, une fracture bénigne de la jambe est payée 1 399,88 euros, un accouchement sans complication 3 747,32 euros, un avortement 702,28 euros, ou encore une transplantation cardiaque complexe (« de niveau 4 », soit le degré de gravité le plus élevé) 71 909,72 euros. Le problème survient lorsque le niveau du tarif ne couvre pas le coût de prise en charge. Et, si un certain nombre de séjours se sont vite avérés rentables (les tarifs étant supérieurs aux coûts de production), à l'image de la dialyse⁹⁷, d'autres activités ont, elles, souffert de ce mode de financement transformant les patients en fardeaux financiers. La prise en charge des pathologies chroniques, le

diabète par exemple, a ainsi été durement pénalisée, car la T2A privilégie dans ses modes de calcul les actes techniques et quantifiables, délaissant les activités de suivi et d'échange avec le patient.

La T2A a-t-elle transformé l'hôpital en machine à produire des séjours rentables ? De nombreux professionnels de santé, syndicats, intellectuels ont œuvré à démontrer que oui, au point que cette analyse s'est progressivement installée dans l'imaginaire commun comme un état de fait et a fini par être reprise par la ministre de la Santé d'Emmanuel Macron, Agnès Buzyn elle-même, qui considérait en 2018 que nous étions « arrivés au bout d'une histoire et d'un système. Par exemple, avec la tarification à l'activité, la T2A : ce système a fait croire à l'hôpital public qu'il devait se concentrer sur des activités rentables, qu'il devait se sentir une âme d'entreprise⁹⁸ ». Que la ministre croie ou non à ce qu'elle dit, elle entérine néanmoins là une victoire idéologique des pourfendeurs de la T2A : oui, l'hôpital depuis 2004 a eu tendance, du fait des pressions financières liées au système de tarification, à calculer à tout va pour savoir quels séjours rapportaient plus que d'autres, à se focaliser sur ces séjours, à ouvrir des services en fonction de *business plans*, tout cela dans l'objectif de présenter des comptes de résultats dans le vert.

Mais cette notion de rentabilité ne doit pas être considérée comme une évidence. Au contraire, il faut bien voir que le caractère rentable ou non d'une prise en charge relève d'une prérogative politique. Les membres du cabinet du ministre de la Santé ayant préparé la réforme de la tarification en 2002-2003 ont expliqué à maintes reprises qu'il s'agissait même de l'objectif prioritaire. En faisant artificiellement gonfler ou dégonfler un tarif, il devenait possible pour l'État d'inciter et de désinciter à certains types

de prise en charge. La médecine ambulatoire, mentionnée dans le chapitre 1, a, entre autres, représenté cette volonté⁹⁹. C'est en cela que l'hôpital public des années 2000 et 2010 est marqué par une logique de capitalisation. Dès lors que des activités deviennent rentables, l'ouverture ou l'agrandissement d'un service (et *a contrario* la fermeture ou la réduction d'un autre) deviennent l'objet de calculs économiques nouveaux. Les retombées doivent être mesurées et intégrées à des stratégies d'investissement, à travers des opérations assurant une valeur future pour l'hôpital. C'est ce qu'affirmait par exemple la directrice de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône en 2018 : « La T2A donne envie de travailler. Quand on veut développer une activité, embaucher un médecin ou investir dans un équipement, on monte un business plan. On sait que ça doit générer 8 % de marge, il ne faut pas que ça s'équilibre juste¹⁰⁰. » Ce calcul se double d'opérations proprement entrepreneuriales consistant à étudier le « marché » et la pertinence d'un engagement financier sur le long terme. Parmi ces opérations, on trouve l'estimation de l'étendue de la « patientèle » sur un territoire. Le terme est en lui-même éloquent. Fréquemment employé dans la médecine libérale, il désigne ce qui constitue en quelque sorte le « fonds de commerce » d'un praticien cédant son cabinet. On le trouve désormais dans les hôpitaux, qui disposent pour certains d'une direction « de la qualité et de la patientèle ». Dans certains établissements, un service marketing a également la charge de réaliser des études prospectives visant à établir sur le territoire d'exercice les capacités de captation de l'hôpital ; quitte à entrer en « concurrence » avec des hôpitaux voisins.

TOXIQUE AUTONOMIE

L'hôpital s'est donc mué en un organisme sommé d'être rentable. Il a aussi été doté au cours des années 2000 et 2010 d'une capacité d'emprunt selon des conditions relativement souples, avec le risque d'alourdir sa dette. Parmi la multitude de chiffres mobilisés pour alerter sur la situation financière des hôpitaux, celui de l'endettement est probablement l'un des plus médiatisés. Dans son rapport de 2014, la Cour des comptes indique que son niveau a triplé en l'espace de dix ans, passant de 9 milliards d'euros en 2002 à 30 milliards en 2013. Pour les hôpitaux comme pour toute autre entité, il importe d'historiciser et de déplier les raisons de cet endettement¹⁰¹ afin de saisir ses causes et le caractère potentiellement illégitime du blâme¹⁰². Le cas récent de la SNCF est venu rappeler que les dettes d'un service public pouvaient permettre à l'État d'engager un chantage mettant en balance une reprise de la dette contre la « modernisation » de l'entreprise¹⁰³. L'hôpital public n'est pas à l'abri d'un tel chantage.

Tous les rapports depuis plusieurs années soulignent l'importance des plans d'investissement lancés dans les années 2000 par le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin (Hôpital 2007), puis de François Fillon (Hôpital 2012) en vue de restaurer un parc hospitalier unanimement considéré comme désastreux à la fin des années 1990. Tous également soulignent leur impact sur la dette des établissements, qu'ils ont multipliée par trois en dix ans. Or, si les investissements étaient nécessaires, restait à savoir qui allait les contracter. Ce furent les établissements hospitaliers, « sans le soutien de la puissance publique », comme l'indique le rapport Bartolone sur les emprunts toxiques¹⁰⁴. C'est ce même rapport qui souligne la situation financière fragile des hôpitaux, qui, contraints par des capacités d'auto-financement relativement limitées, font le choix de recourir à

des produits financiers en apparence accommodants pour leur budget. La suite est connue. Ces produits financiers se révèlent être de vrais pièges, et la toxicité des emprunts (indexés sur la variation du cours du franc suisse) est exposée au grand jour en 2008. La dette de nombreux hôpitaux explose, certains voyant leurs efforts financiers réduits à néant du jour au lendemain du fait d'une variation boursière qu'ils ne maîtrisent pas. D'après la Cour des comptes, les produits financiers risqués représentaient 2,5 milliards d'euros en 2014¹⁰⁵. Non seulement ces 2,5 milliards sont une proportion élevée comparée aux quelque 20 milliards de dette contractés entre 2004 et 2014, mais surtout, ils sont pénalisants sur le long terme.

Ce que la crise des emprunts toxiques dit de l'hôpital public engage la question de l'autonomie et de la responsabilité individuelle. L'enjeu de la responsabilité est particulièrement crucial. Car, là où l'État aurait pu parfaitement décider de financer lui-même ces grands plans d'investissement, il a fait le choix de laisser aux hôpitaux la tâche d'emprunter sur les marchés bancaires, comme cela a été rappelé par des économistes de la santé¹⁰⁶. En effet, à partir de 2005, l'« autonomie administrative et financière » accordée aux directeurs d'hôpital leur confère une compétence nouvelle, celle d'emprunter sans soumettre l'opération financière à la délibération du directoire de l'établissement : il suffit simplement de l'en informer, ainsi que le conseil de surveillance. Ce qui fait dire à la commission Bartolone que « l'isolement des directeurs d'hôpital lors de la décision d'emprunt a pu conduire ces derniers à réaliser des opérations risquées ; et ce d'autant plus que bon nombre d'entre eux ne disposaient ni des compétences nécessaires, ni de l'appui de services financiers suffisamment formés¹⁰⁷ ». Cet isolement – et surtout cette confusion des rôles – a été signalé à plusieurs reprises par les directeurs d'hôpital, dont Frédéric Boiron lors de son audition à

l'Assemblée nationale en octobre 2011. Il est alors président de l'Association des directeurs d'hôpital et directeur du CHU de Saint-Étienne: « Nous ne sommes pas des traders, nous sommes des femmes et des hommes de service public. » Si *a posteriori* l'ensemble des acteurs publics (ministère, Cour des comptes, parlementaires) reconnaît une triple responsabilité dans la crise des emprunts toxiques (l'État, les banques et les directions d'hôpital), le choix fait au début des années 2000 de laisser les établissements s'endetter et d'autonomiser les directions montre clairement la nature de cette conception nouvelle des établissements de santé. Leur rôle n'est plus seulement de gérer au mieux les moyens qui leur sont alloués, ils doivent se penser comme des structures autonomes, des acteurs économiques opportunistes et calculateurs, investisseurs et financiers, censés discerner les « bonnes affaires » financières et en profiter.

L'État a bien essayé de compenser cette crise par des plans d'aide exceptionnels de « désensibilisation » du caractère toxique des emprunts. Ces plans d'aide se sont avérés, de l'avis même de la Cour des comptes, « limités¹⁰⁸ ». L'impact de l'endettement (toxique ou non) est aujourd'hui accablant pour les établissements: alors qu'ils supportent le poids des investissements, les intérêts qu'ils paient minent leur capacité de fonctionnement. Cet endettement a, de façon générale, des conséquences importantes sur leur situation financière quotidienne, puisqu'ils travaillent en grande partie pour rembourser l'en-cours et les intérêts, dont ceux des emprunts toxiques. Un spécialiste des affaires financières hospitalières expliquait ainsi en 2015 que « 2,5 milliards d'euros sur les 3,5 milliards d'autofinancement dégagés annuellement sont aujourd'hui destinés à l'amortissement de la dette¹⁰⁹ ». Qui plus est, pour la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, direction statistique

du ministère de la Santé), les investissements réalisés dans les années 2000 sont loin d'être suffisants, car de nombreux établissements demeurent vétustes. Une nouvelle augmentation de l'endettement serait ainsi à prévoir, selon l'organe d'expertise du ministère. Le niveau d'endettement actuel n'est certes pas seulement lié aux emprunts toxiques, puisque la contraction constante des moyens accordés à l'hôpital via la diminution des tarifs concourt à un resserrement de l'étau. Les effets conjoints de la financiarisation de l'endettement et du système de tarification ont placé de nombreux établissements en situation de déficit chronique, voire au bord du gouffre.

Le manque de moyens d'autofinancement est aussi ce qui a conduit un grand nombre d'hôpitaux à s'engager dans des partenariats public-privé (PPP). Au même titre que les emprunts toxiques, les PPP sont la conséquence des restrictions budgétaires imposées par l'État. Face à des contraintes fortes en termes de capacité financière, les hôpitaux se tournent vers ce qui semble moins coûteux à court terme et surtout vers ce qui est promu comme « moderne » par les gouvernements. Les PPP permettent à une organisation publique de déléguer à une organisation privée « la réalisation, le financement et l'exploitation d'un ouvrage ou d'un service public en contrepartie du paiement d'un loyer¹¹⁰ ». Leur avantage à court terme est évident : ils évitent aux hôpitaux d'emprunter et laissent aux entreprises la charge de l'investissement. Une vingtaine de partenariats ont été contractés pour la première fois dans le cadre du plan Hôpital 2007, dont certains pour des projets d'envergure comme ceux du centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu ou d'Annemasse-Bonneville, le centre hospitalier sud-francilien dans l'Essonne ou la Cité sanitaire de Saint-Nazaire. Le montant de ces PPP s'élèvera finalement à 600 millions d'euros, et certains auront des effets néfastes à long terme. L'échec de certains PPP a été expliqué par de

multiples raisons : utilisation de cette procédure de façon précipitée, absence d'accompagnement des établissements par les pouvoirs publics, évolution des demandes des établissements eux-mêmes, étalement excessif dans le temps des projets et malfaçons, etc. Mais les partenariats ne sont pas tombés du ciel, ce sont les directeurs des agences régionales d'hospitalisation qui, à la demande du ministère, ont encouragé les hôpitaux à les conclure. Une ordonnance du 4 septembre 2003 avait autorisé cette forme de contractualisation pour les établissements. L'enquête conduite par Catherine Le Gall¹¹ sur la Cité sanitaire de Saint-Nazaire a montré comment le PPP signé avec le groupe Eiffage a abouti à un endettement bien plus important qu'avec un investissement direct.

Les PPP sont l'expression exemplaire des échecs des logiques « orthodoxes ». En cherchant à limiter toujours plus les dépenses, l'État et l'Assurance maladie induisent leur explosion pour les hôpitaux à moyen et long terme. La crise des emprunts toxiques et celle des PPP sont en fait la traduction de l'échec de la croyance politique dans les vertus de l'autonomie financière. Il ne s'agit pas de simples maladresses gouvernementales, mais de l'expression d'une logique, sinon d'un projet politique visant à inculquer aux structures publiques et à leurs directeurs plus que la conscience gestionnaire : la pensée marchande et capitaliste du risque, du succès et de l'échec.

LA CONSTRUCTION POLITIQUE DE LA FAILLITE

Qu'il s'agisse des niveaux d'endettement ou des performances en termes d'activité, la situation des hôpitaux est loin d'être homogène. Si l'hôpital public constitue bien une entité, il faut en étudier le caractère pluriel. Les rapports successifs

de la Cour des comptes l'indiquent : tous les établissements ne sont pas aujourd'hui dans la même situation financière. Néanmoins, un nombre important d'entre eux se retrouvent « dans le rouge », voire pour certains au bord de la faillite. Si, chaque année, entre 300 et 400 hôpitaux sont en situation de déficit, depuis le début des années 2010, ce sont surtout 40 établissements qui concentrent la moitié du déficit total. Les origines du déficit annuel ne sont jamais bien éloignées des problèmes relatifs à l'endettement que nous venons d'exposer : les taux d'intérêt, les conséquences de ce manque de moyens sur l'organisation quotidienne des soins, le recours à l'intérim comme solution de court terme.

La Fédération hospitalière de France (FHF) a dénoncé un triplement, entre 2016 et 2017, du déficit global de l'hôpital public, passé de 470 millions à 1,5 milliard d'euros. Comment un tel écart est-il possible ? Les directions d'établissement auraient-elles soudainement ouvert les vannes financières, recruté à tout va, investi massivement dans de nouveaux locaux et du nouveau matériel ? À regarder les indicateurs fournis par le ministère, cela ne semble pas être le cas. En revanche, c'est en écho à une déclaration de Marisol Touraine, ministre de la Santé de 2012 à 2017, qu'il faut probablement penser cette « dégradation des comptes ». Souvenons-nous que la ministre déclarait en septembre 2016 que, « en 2017, le trou de la Sécu aura[it] disparu¹¹² ». La mise en difficulté de nombreux hôpitaux publics ne relève pas nécessairement de leurs actions mais de décisions économiques prises par le gouvernement qui tendent à les fragiliser. La politique tarifaire, et plus largement le ralentissement net, voire parfois imprévu, des moyens, conduit les hôpitaux dans des positions déficitaires (la FHF dénonce ainsi un manque à gagner important dû au non-versement de certaines enveloppes « mises en réserve »). La sémantique a changé, les établissements ne

sont plus « sous-dotés » (ce qui signifie que la faute incombe à l'entité qui dote), mais « en situation de déficit », voire gravement endettés. La responsabilité est très différente, et certains titres de presse comme ceux de *Challenges* l'illustrent parfaitement quand ils évoquent par exemple « une inquiétante dérive financière de certains hôpitaux français ».

LA FAILLITE DE LA MISÉRICORDE

Le centre hospitalier Notre-Dame de la Miséricorde d'Ajaccio fait partie des hôpitaux régulièrement pointés du doigt par les autorités publiques, au point qu'il a été placé deux fois sous tutelle par le ministère. En 2008, une première « mise sous administration provisoire » de deux ans est décrétée au motif de l'« absence de production d'un plan de redressement assurant le retour à l'équilibre ». Entre 2012 et 2014, il tombe sous le coup d'une nouvelle mise sous tutelle face à « la gravité et l'urgence de la situation financière », avec 80 millions d'euros de dette. Au final, l'Assemblée nationale, évaluant ces deux reprises en main drastiques, juge l'intervention publique salutaire puisque l'hôpital « a retrouvé le chemin de l'équilibre financier¹¹³ ». Et pourtant, dans son rapport de 2017, la Cour des comptes prend la peine de consacrer un chapitre entier à l'hôpital d'Ajaccio et à celui de Bastia, qui « connaissent une situation financière préoccupante » et qui « se distinguent par des déficits considérables ». La Cour note que les plans de redressement ont été « sans effets », mais surtout que cette situation périlleuse trouve sa source dans deux causes : « des charges de personnel en augmentation significative » et une « gouvernance chaotique ». Le blâme est sans appel : si l'hôpital va mal, c'est en raison d'une mauvaise gestion et de « l'ampleur du phénomène syndical », qui « ne saurait être négligée. [...] La pression qu'il exerce sur les dirigeants aboutit à tempérer les velléités de réforme¹¹⁴ ». Par cette opération de quantification, la Cour cherche donc à qualifier les responsabilités. Mais elle passe

sous silence d'autres lectures et donc d'autres causalités. Pas un mot n'est dit des emprunts toxiques de l'hôpital d'Ajaccio. En 2011, lorsque le directeur de cet établissement se présente devant la commission Bartolone, il estime la dette à 50 millions d'euros, dont 78 % sont des emprunts toxiques¹¹⁵. L'inadéquation de la tarification à l'activité pour de nombreux actes, la dénonciation par les syndicats de l'épuisement du personnel (tracts du Syndicat des travailleurs corses et de la CGT), avec pour conséquence un absentéisme légitime, sont également évacués. Le rapport n'évoque pas plus le rôle de l'intérim dans l'accroissement des dépenses de personnel, révélé dans le rapport financier de l'hôpital de 2013 ; un intérim principalement dû à l'impossibilité d'embaucher à long terme du fait de la situation de crise. En 2018, rien n'a changé, sinon le montant de la dette, qui, cumulée, atteint les 120 millions d'euros : les plans de restructuration sont toujours d'actualité. Au final, le cas de l'hôpital d'Ajaccio permet de penser trois conséquences du régime de la faillite. Premièrement, il implique un blâme porté sur l'établissement et sa « gestion chaotique ». Deuxièmement, il marque une volonté de l'État de ne pas laisser périr l'établissement, ce qui revient à contrevenir au principe politique d'autonomisation financière (et ses prétendus bienfaits). Troisièmement, ne pas le laisser périr mais le maintenir sous perfusion constitue une politique en soi, permettant d'imposer des plans de restructuration en échange d'un geste en apparence salutaire : le renflouement permanent¹¹⁶.

La spirale dans laquelle se trouvent pris des établissements « au bord du gouffre » est d'autant plus difficile à enrayer qu'elle dépend de leur activité. Or la faillite agit aussi sur ce point : elle instaure un cercle vicieux dans lequel les conditions de travail se dégradent, les médecins ne veulent plus venir, l'intérim explose, les patients eux-mêmes hésitent à se rendre dans cet hôpital, des services ferment faute de moyens pour

les entretenir, les fournisseurs sont payés par de l'endettement, etc. La fragilisation financière est l'instrument qui permet le maintien sous pression et sous perfusion d'une entité qui n'a d'autre choix que de se soumettre. Dans le pire des cas, si les relais de la volonté gouvernementale et ministérielle que sont les directeurs d'hôpital ne parviennent pas à la faire appliquer, il est toujours possible pour l'État de reprendre la main par une mise sous tutelle provisoire. Cette mesure entraîne la nomination par le ministère d'un ou de plusieurs administrateurs provisoires, généralement puisés dans le corps de l'Igas. Ces derniers mettent alors en œuvre une politique de restructuration ayant un objectif prioritaire et absolu : le rééquilibrage des comptes. Le renflouement permanent est donc à terme bien plus dur pour le service public qu'une sanction de faillite, qui supposerait une explicitation des responsabilités financières et qui exposerait les créanciers. Mais l'administration provisoire révèle aussi l'échec de la politique hospitalière engagée au début des années 2000. Celle-ci visait à reporter sur les hôpitaux les efforts de rigueur et les restructurations en les rendant responsables de leurs finances.

FAILLITE DE LA FAILLITE

La crise financière de l'hôpital public, au même titre que sa crise territoriale et organisationnelle, est donc le résultat de choix politiques qui accélèrent considérablement le processus de fragilisation financière de l'hôpital à partir des années 2002-2003. Responsabilité des emprunts, recettes dépendantes de l'activité, injonction à la rentabilité, encouragement à la pratique des PPP, obligations d'accroissement de l'activité et simultanément diminution systématique du rythme d'augmentation des dépenses... : les hôpitaux deviennent

d'un point de vue financier des organisations autonomes contraintes de se penser comme des acteurs économiques rationnels et calculateurs, devant accepter d'échouer et de se retrouver au bord de la faillite. Si certains parviennent à tirer leur épingle du jeu, d'autres en revanche sont désormais gouvernés par la menace de la faillite et soumis dès lors à des plans de restructuration et de redressement. Toutefois, des situations économiques périlleuses existaient déjà avant les années 2000. Il ne serait pas pertinent d'absoudre ici de tout défaut les mécanismes ayant précédé la T2A. Mais ce que les décennies 2000 et 2010 construisent relève bien davantage d'une crise financière. C'est une conception politique des responsabilités inspirée d'une morale de marché : l'échec est le fait de celui ou de celle qui échoue¹¹⁷.

Cette politique de la faillite ne signifie pas un retrait de l'État, attitude qui impliquerait de livrer les établissements à leur triste sort. Non seulement la morale capitaliste de l'*exit* en cas d'échec n'est pas entièrement valable pour les entreprises, mais elle l'est encore moins pour les structures publiques. Dans le cas des emprunts toxiques, l'État est pour partie venu à la rescousse – d'ailleurs, l'affaire aurait sans doute été moins compliquée s'il avait dès le début fait le choix d'investir dans le parc hospitalier. Pour les établissements en difficulté indépendamment des emprunts toxiques, la mise sous tutelle consacre une impossibilité d'appliquer jusqu'au bout le principe d'autonomisation. Autrement dit, la faillite faillit. Car un hôpital n'a pas pour seule mission d'être à l'équilibre. C'est ce qu'ont fini par comprendre les régulateurs britanniques, qui, après avoir mis en place des établissements publics susceptibles de faire faillite (les *foundation trusts*), ont finalement fait machine arrière, se souvenant qu'un hôpital remplit aussi une mission de santé publique¹¹⁸.

4

Technophilie
hospitalière

Les trois premiers chapitres ont mis en lumière la façon dont l'hôpital public a été fragilisé par les réformes supposées le sauver. Cette fragilité a conduit aujourd'hui de nombreux établissements à des situations financières périlleuses, assorties d'une organisation épuisante pour les soignants. Quelles solutions les élites réformatrices entendent-elles apporter à ces situations critiques ? Nous l'avons vu, l'augmentation des moyens financiers et le recrutement de personnel sont une solution systématiquement délégitimée par les différents gouvernements, notamment au nom de la lutte contre l'hospitalocentrisme. Ce refus est aussi et surtout justifié par un diagnostic de crise due à une mauvaise organisation – problème que des outils de gestion seraient en mesure de résoudre. Ces outils ne sont toutefois qu'une partie des dispositifs ayant vocation à sortir l'hôpital de la crise. Un autre ressort est constamment convoqué : celui de l'innovation, désignée comme à même de sauver l'institution, à l'image des applications florissantes présentées et récompensées dans les congrès annuels consacrés à l'hôpital. Un marché de start-up et d'autres opérateurs privés investit massivement le secteur de la santé et vise l'hôpital pour y développer des innovations techniques et numériques. Porté par des acteurs divers (pouvoirs publics, entreprises privées, cadres hospitaliers, professionnels de santé, usagers), ce régime technophile aujourd'hui à l'œuvre structure la logique des réformes et s'en imprègne. Ce régime, tout sauf univoque, est aussi étroitement associé à l'innovation pharmaceutique

et à des médicaments « révolutionnaires » censés alléger fortement les prises en charge grâce à des effets secondaires moins lourds pour les patients. La pharmaceuticisation et la technicisation de l'institution hospitalière sont à la fois un discours et un type d'organisation permettant, selon leurs promoteurs, d'associer efficacité et qualité des soins. Elles viennent s'ajouter aux innovations organisationnelles telles que la chirurgie ambulatoire ou les hôtels hospitaliers, dont la promotion est également assurée par le diptyque : maîtrise des dépenses et qualité des soins.

L'évidence portée par le discours sur « l'innovation » et par les nombreuses expérimentations qui s'en réclament mérite d'être interrogée¹¹⁹, tant celle-ci est devenue, au cours des vingt dernières années, un enjeu majeur des politiques hospitalières. Il convient toutefois d'établir l'objectif de cette réflexion. Analyser ce régime technophile ou technoptimiste ne revient pas à adopter pour autant une posture technophobe. Il ne s'agit pas de nier l'intérêt de dispositifs qui parfois améliorent la vie de personnes en souffrance. L'analyse permet en revanche de décrire ce mouvement et cet emballement, en vue de comprendre les luttes autour de la définition de l'innovation. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, l'innovation biomédicale et technologique est consubstantielle à l'hôpital français tel qu'il se développe dans la deuxième moitié du *xx^e* siècle. Rien de très surprenant donc à ce que les innovations numériques, robotiques, médicamenteuses trouvent aujourd'hui à l'hôpital un terrain d'accueil favorable.

LA DIFFUSION D'UN PARADIGME : DOXA GESTIONNAIRE ET DOXA TECHNOPHILE

L'histoire de l'innovation à l'hôpital est d'abord liée à celle de la recherche médicale, mission fondamentale des CHU qu'affirme la réforme Debré de 1958 (voir le chap. 1), et qui se déploie en grande partie dans les structures de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), créé en 1964, majoritairement localisées dans les hôpitaux. Elle est d'abord représentée par la recherche fondamentale et la recherche clinique (c'est-à-dire une recherche au lit du patient, appliquée aux soins), débouchant sur des innovations diagnostiques et thérapeutiques. Innovation et recherche sont souvent confondues. L'innovation est largement définie comme née de la recherche fondamentale (financée par les pouvoirs publics), prolongée par la recherche appliquée et relayée par les industriels et les entreprises privées qui la produisent et la diffusent, ou en d'autres termes la commercialisent dans une logique capitalistique¹²⁰. De cette trajectoire de l'innovation, souvent présentée comme évidente, découle l'idée que l'innovation est le but ultime du système de recherche, sa résultante automatique et logique, se traduisant nécessairement par le progrès médical, au bénéfice du patient.

Ce modèle considère aussi l'innovation comme un facteur de croissance économique, vecteur de compétitivité. Cette conception se répand particulièrement au tournant des années 1990-2000. Les politiques publiques de soutien à la recherche et à l'innovation à l'hôpital se développent essentiellement dans l'objectif d'encourager la signature de partenariats avec les entreprises privées et d'assurer l'efficacité et la compétitivité de la recherche médicale française – comme dans le monde de la recherche de manière plus générale¹²¹ : développement de la recherche fondamentale, soutien financier

à l'innovation (conditionné à une évaluation médico-économique de ses retombées), loi sur l'innovation et la recherche en 1999 pour réunir organismes publics et entreprises privées (favoriser la création d'entreprises de technologies innovantes, notamment par le transfert de ces technologies de la recherche publique vers l'économie, et rapprocher la recherche française des préoccupations industrielles et des retombées économiques), etc. Classements internationaux à l'appui, la France est décrite comme à la traîne par rapport aux autres pays européens, et encore plus face aux États-Unis ou au Japon. Ce retard est identifié comme la conséquence d'un système de financement inadapté et d'une réglementation trop contraignante.

Dans cette période où la maîtrise des dépenses publiques constitue un marqueur fort de l'action publique, la promotion de l'innovation reste toutefois empreinte d'un questionnement sur son efficacité et son « impact », à la fois médical, économique et organisationnel. C'est ce que note par exemple Édouard Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la Santé en 2002 :

« L'accélération de l'apparition des innovations au cours des dernières années et les surcoûts qu'elles induisent posent un problème de fond qui est celui de la conciliation entre progrès médicaux et réalités économiques. Un préalable se révèle de toute façon nécessaire, qui est la mesure de l'impact médical et économique des innovations particulièrement onéreuses. Ce n'est qu'à partir de cette connaissance que pourront être conçues des hypothèses d'aide à la diffusion de certaines innovations. [...] En tant que directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère chargé de la Santé, je constate les difficultés que posent aujourd'hui dans les hôpitaux des innovations récentes (défibrillateurs cardiaques implantables, anticorps monoclonaux humains...) présentant des surcoûts sans commune mesure avec les produits de santé diffusés jusqu'à une date récente.¹²² »

Les années 2010 marquent un autre tournant : la définition de l'innovation change. Auparavant surtout médicale, et coûteuse, la voici rentable, qu'elle soit technologique, numérique, organisationnelle ou comportementale (c'est-à-dire visant à agir sur le comportement des patients). Tout comme celui de « performance », le terme « innovation » se caractérise par son flou. Mieux prendre en compte l'expérience du patient et l'intégrer dans les processus de prise de décisions, favoriser la coopération des établissements de santé sur un territoire, développer des mesures d'amélioration de la qualité de vie au travail, utiliser le génie industriel pour modéliser des scénarios de prise en charge, réorganiser l'échange d'informations médicales entre les professionnels via les e-mails et les réseaux sociaux, créer des hôtels hospitaliers, développer les examens à distance, concevoir des produits cosmétiques pour soulager les effets des traitements contre le cancer, géolocaliser grâce à une application le matériel médical pour optimiser son utilisation... sont autant de dispositifs dits « innovants » permettant d'améliorer l'efficacité du système de santé.

Emblématique de ce paradigme, le rapport publié en 2017 par le *think tank* libéral Fondapol (Fondation pour l'innovation politique), *Hôpital: libérer l'innovation*, fait des innovations une des clés de la rénovation de l'hôpital¹²³. Ce rapport est en tant que tel un objet politique à part. La Fondation pour l'innovation politique, d'où il est issu, est présidée par Nicolas Bazire, ancien directeur de cabinet d'Édouard Balladur alors que celui-ci était Premier ministre, et dirigée par Dominique Reynié, candidat Les Républicains lors des élections régionales de 2015, tandis que son conseil scientifique et d'évaluation est présidé par Laurence Parisot, ancienne présidente du Medef. Le rapport, produit par Nicolas Bouzou (économiste, essayiste libéral et chantre de l'innovation) et Christophe Marques (consultant), donne ainsi à voir ce qu'une

partie du champ politique pense de l'hôpital public et de ce qu'il doit devenir. La version organisationnelle de la crise y est affirmée: « Freinées par un cadre réglementaire rigide, une administration en manque de réactivité, des structures lourdes et des ressources financières limitées, les adaptations organisationnelles et technologiques du secteur hospitalier sont affreusement lentes. » Pour les auteurs, il s'agit de « rendre le système de santé plus efficient dans un contexte de budget limité ». Partant, s'il veut espérer améliorer sa « performance », l'hôpital devrait absolument « libérer l'innovation » et s'ouvrir largement aux financements privés et aux start-up en intégrant en son sein des incubateurs. À ce titre, ils promeuvent le numérique et l'e-santé comme permettant à la fois de faire des économies et d'améliorer la prise en charge :

« À l'image de la médecine de ville, les hôpitaux, publics comme privés, devront nécessairement se saisir des outils du numérique pour proposer des services plus performants et efficients. [...] Le monde des start-up est en ordre de bataille pour accompagner les hôpitaux dans leur révolution digitale. Les outils proposés sont de plus en plus performants et couvrent une grande diversité de fonctions. Il s'agit à la fois d'améliorer la gestion des flux de patients, le suivi médical à distance, la communication des équipes, l'information et l'éducation des patients ou encore l'organisation administrative des établissements. »

Les start-up au secours de l'hôpital? C'est en substance ce que promeuvent les auteurs de ce rapport, mais également les tutelles que sont l'Assurance maladie et le ministère de la Santé. Tous présentent l'innovation comme un gisement d'outils permettant de faire face à la crise organisationnelle de l'hôpital. La nécessité d'un rapprochement des opérateurs privés et de l'action publique en est une autre caractéristique. « La force du modèle français, clamait ainsi Marisol

Touraine lors de l'ouverture de la première Journée nationale de l'innovation en santé, en 2016, c'est de solvabiliser l'innovation, en lui garantissant une diffusion rapide et massive, c'est de donner un temps d'avance à nos entreprises sur un marché mondialisé et compétitif.» Le *think tank* Fondapol ne dit, en substance, pas autre chose lorsqu'il propose d'« intégrer dans les structures hospitalières des incubateurs de start-up de la santé » pour « rapprocher géographiquement, jusque dans les cantines, de jeunes entreprises innovantes et prometteuses de leur clientèle naturelle pour à la fois accélérer le développement de leur technologie et faciliter l'intégration de nouveaux produits dans les établissements de soins ». Qu'on se le dise donc, c'est à la cantine que se joue l'avenir de l'hôpital public.

Derrière une meilleure identification des besoins des usagers et de leurs contraintes, et une adaptation de leurs produits aux « réalités quotidiennes des patients et du personnel hospitalier », il s'agirait surtout de « faciliter l'intégration de leur innovation ». De ces quelques extraits de discours d'acteurs publics ou privés ressort une certaine conception du rôle que doit remplir l'hôpital : celui de soutien et d'agent de solvabilisation des activités économiques d'acteurs privés « innovants ». Afin qu'il puisse jouer à plein ce rôle, il s'agirait donc de tout faire pour, selon les termes de la ministre Marisol Touraine, faire « tomber les barrières administratives qui freinent les ambitions », « simplifier les procédures », faire « évoluer la réglementation des démarches administratives » ou encore permettre « l'ouverture en open data des données de l'Assurance maladie aux chercheurs et aux start-up¹²⁴ ». Aussi, pour soutenir ces acteurs privés et « financer l'innovation », le ministère de la Santé ouvre en 2016 un fonds *Accélération biotech santé* doté de 340 millions d'euros. De son côté, la Fédération hospitalière de France crée en 2014 son propre fonds *Recherche*

↳ *Innovation*, visant à « promouvoir l'innovation », « conduire le changement » et « accompagner des projets innovants¹²⁵ » dans une logique de mécénat soutenue par de grands groupes privés (Dalkia-EDF, Sham, Pasteur Mutualité, Merck, Sharp & Dohme...).

L'innovation devient également à l'échelon national l'un des objectifs centraux de politiques publiques associant compétitivité économique, développement industriel et amélioration de la santé. En 2015, le lancement du plan *Médecine du futur* par les ministres Marisol Touraine (à la Santé), Emmanuel Macron (à l'Économie) et Thierry Mandon (à la Recherche) s'insère dans la stratégie de réindustrialisation du pays entreprise sous François Hollande et baptisée « Nouvelle France industrielle ». Dans leur lettre de mission aux présidents du comité de pilotage du plan, André Syrota (professeur de médecine et ancien directeur de l'Inserm) et Olivier Charneil (PDG de Sanofi Pasteur), les ministres les chargent de dégager les grandes orientations de « la médecine de demain », d'identifier les « clés de la création de valeur médicale, économique et sociétale » et les « verrous financiers, fiscaux, réglementaires et administratifs à lever pour permettre de libérer l'innovation dans le domaine de la santé ». Enjeux économiques et médicaux, industriels et de santé publique sont clairement imbriqués, et présentés comme indissociables. Ainsi que le soulignent les deux chefs de file du plan, « cette dynamique nouvelle de réindustrialisation de la France doit permettre de répondre plus directement aux besoins des usagers en matière d'innovation en santé, de développer les filières industrielles nouvelles, de favoriser l'émergence d'ETI [entreprises de taille intermédiaire] et de conquérir des parts de marchés nationaux et internationaux¹²⁶ ».

Derrière tous ces discours, le changement d'échelle est notable. Il ne s'agit plus seulement de développer la recherche et

l'innovation médicales pour créer des pôles de santé à la pointe de la technologie, il faut aussi désormais faire de la médecine, et plus largement de la santé, un secteur clé de la stratégie industrielle nationale. En d'autres termes, la médecine doit être mise au service de l'économie. Parmi les cinq propositions que formulent dans leur rapport les membres du comité de pilotage du plan *Médecine du futur*, l'une concerne spécifiquement l'hôpital : « créer l'hôpital du futur structuré autour de plateformes collaboratives ». Concrètement, il s'agit, tout comme le propose la Fondapol, d'appliquer à l'hôpital, « dans un cadre de soin repensé », les innovations développées dans les PME et les start-up grâce à des partenariats public-privé visant à rapprocher industriels, cliniciens et acteurs publics dont l'éloignement nuit à l'innovation. Cette « modernisation du système » passerait par une augmentation de la productivité, des restructurations organisationnelles et un nouveau modèle économique permettant une adaptation aux « contraintes économiques ». Consacrant un peu plus l'épanouissement de logiques de privatisation du service public, le rapport propose par exemple, sans complexe aucun, que le plateau technique puisse « appartenir et être opéré par des opérateurs industriels ». « L'hôpital du futur » sera ainsi « de plus en plus le lieu de la gestion des flux médicaux et de l'innovation avec la présence concomitante de cliniciens, d'équipes de recherche et d'entreprises capables de réaliser les prototypes des nouveaux dispositifs médicaux ou produits de santé. Géré avec des nouveaux standards, "l'hôpital du futur" affichera un taux d'occupation des lits très supérieur aux standards actuels avec des durées de séjour très courtes ». Technicisation et économicisation de l'hôpital public fonctionnent de pair.

Si, comme l'affirme le ministre de la Santé Marisol Touraine en 2016, lors de la première Journée nationale de l'innovation, la question du prix de l'innovation reste « centrale » et

« décisive », elle ne semble plus constituer le cœur du discours public (on ne relève par exemple aucune mention du coût de l'innovation dans les 18 pages du texte de son allocution, et le terme « prix » est utilisé à seulement trois reprises, et ce en l'espace d'une seule page). L'objectif du gouvernement serait surtout de s'« accorder sur le meilleur moyen de garantir un retour d'investissement aux industriels qui développent des traitements innovants, tout en permettant à tous les patients d'y accéder et à la collectivité de les assumer¹²⁷ ». Et, si le prix de l'innovation n'est pas un problème, c'est parce que les économies seront réalisées ailleurs, en fermant des lits ou en évitant le recrutement de soignants.

QUAND MEDTRONIC S'« IMPLANTE » À L'HÔPITAL

Un cas de contractualisation entre un industriel et des hôpitaux publics a été mis au jour par la cellule investigation de France Inter¹²⁸. Enquêtant sur Medtronic, un des leaders mondiaux des dispositifs médicaux, les journalistes montrent comment cet industriel se lie avec des établissements de santé, fournissant « gratuitement » des « solutions de santé intégrées ». Aux hôpitaux, Medtronic « fournit clés en main des salles d'opération de très haute technologie, ainsi qu'un véritable business plan pour développer leur chiffre d'affaires et optimiser leur gestion¹²⁹ ». Le cas du CHU de Rouen, évoqué dans l'enquête, est éloquent. Si Medtronic finance la mise en place d'une salle de rythmologie (étude des rythmes cardiaques), cette généreuse démarche est avant tout subordonnée à une rémunération pour chaque acte réalisé. Deuxième condition, l'hôpital doit s'engager à réaliser un certain nombre d'actes dans l'année pour que le contrat soit valable. Troisième condition, « le CHU de Rouen, par exemple, est tenu d'acquérir au minimum 1,9 million par an de dispositifs médicaux à Medtronic (soit 9,5 millions d'euros sur cinq ans). Le contrat prévoit aussi un nombre

minimum de poses d'implants, faute de quoi le CHU doit payer une pénalité à Medtronic». Mais, à court terme, l'hôpital évite de déboursier 800 000 euros. Un partenariat présenté comme gagnant-gagnant, avec un air de déjà-vu. Le cas de Medtronic incarne la tension que l'imbrication des structures publiques et des industries de santé fait naître. L'accès à des innovations de pointe, si elles sont évaluées comme pertinentes, n'est pas en soi un mal, c'est plutôt l'ensemble des conséquences éludées par ce type de contrat qui est problématique. Car conditionner le financement de la salle à une augmentation de l'activité, n'est-ce pas encourager la production d'actes ou d'examen qui risquent d'être inutiles? Subordonner la fourniture de cette salle à l'achat de dispositifs, n'est-ce pas obliger les médecins à utiliser du matériel Medtronic plutôt qu'un autre? Le cas de Medtronic témoigne de la nécessité de promouvoir l'amélioration technologique et médicale tout en protégeant les structures publiques (et donc les patients) des firmes.

TECHNICISATION, ROBOTISATION, FASCINATION

Quelles qu'en soient les conséquences sociales et politiques, l'innovation serait intrinsèquement bonne et bénéfique, voire participerait à l'égalité des soins pour tous. Les patients auraient la certitude de recevoir un traitement et une prise en charge adaptés à *leurs* besoins. Les biotechnologies, le numérique, les données de santé générées par les applications et objets connectés permettraient d'atteindre une médecine de précision, personnalisée et prédictive. Comme l'affirme, à l'instar de bien des discours, le rapport « Médecine du futur », cette dernière « ne sera pas déshumanisée : bien au contraire, les outils modernes permettront d'améliorer l'efficacité et la personnalisation des traitements en renforçant la relation soignant/

soigné¹³⁰». La ministre de la Santé Marisol Touraine déclarait également en 2016 : « Déjà, les objets connectés permettent à chacun de suivre sa température, sa tension. Le verre connecté, qui vous est présenté lors de cette journée, permet aux personnes âgées de vérifier leur hydratation. Demain, le textile connecté offrira la possibilité de visualiser et de surveiller son cœur. La douleur dans la poitrine ne sera plus le premier signe de l'infarctus : c'est le smartphone qui le détectera le premier. L'horizon des possibles ne cesse d'être repoussé¹³¹. »

L'extension du domaine de la technicisation ces dernières années dépasse largement le domaine clinique et se retrouve dans la multitude d'applications développées soit par les hôpitaux eux-mêmes, soit par des entreprises privées. De même, la robotisation ne concerne plus seulement la pratique chirurgicale mais également le travail de soin dans sa dimension sociale. Derrière cette fascination pour l'innovation et ce rapport technophile au soin se joue la définition même du travail des soignants et du personnel au sein de l'hôpital. La robotisation est étroitement liée à une réflexion sur l'efficacité et la valeur du travail. La question centrale est double : il s'agit de savoir d'une part quel travail n'apporte pas de valeur ajoutée et coûte plus qu'il ne rapporte, d'autre part quel travail offre cette valeur ajoutée car il ne pourrait être réalisé soit par un robot, soit de manière standard par des catégories professionnelles moins qualifiées. Aussi ces innovations tendent-elles à modifier la nature du travail de soin : celui-ci se trouve redéfini comme un processus logistique de transfert du malade d'un système technique à l'autre, et les gestes techniques limitent, voire se substituent à la dimension relationnelle des soins. L'innovation est ainsi envisagée comme un moyen privilégié de faire des économies, une solution pour sauver l'hôpital : l'innovation serait l'efficacité.

De manière tout à fait révélatrice, l'une des conférences organisées par la Fédération hospitalière de France à l'occasion de la *Paris Healthcare Week 2018* titrait par exemple : « L'innovation frugale : innover en faisant des économies ! L'innovation n'est pas toujours quelque chose de coûteux. Faire rimer qualité et économie, c'est possible ! Découvrez cinq innovations qui améliorent l'efficacité des établissements de santé tout en générant des économies. » Parmi celles-ci, la start-up Around Innovation – le *high tech* parle toujours anglais – entend proposer une « solution » face au constat de l'augmentation de la demande de soins et de la baisse du nombre de praticiens, et face à l'enjeu du développement de l'éducation thérapeutique des patients. Ainsi peut-on lire sur son site :

« Le temps passé en salle d'attente médicale est long et parfois anxiogène. La rareté des médecins fait que les durées d'attente ne peuvent faire que croître. Around Innovation installe des tablettes tactiles en salle d'attente avec un programme spécifique, Healthcare Active, pour que ce temps perdu soit utile pour le patient et pour le médecin. [...] Healthcare Active est centré dans un premier temps sur les patients atteints de maladies chroniques (les ALD), type diabète, qui se rendent régulièrement chez leur médecin. Ces ALD représentent 15 millions de Français en évolution de 5 % par an, pour un coût de plus de 65,5 milliards d'euros. Former les patients à leur maladie devient essentiel dans leur prise en charge. Un patient qui connaît bien sa maladie fera moins de complications et consultera moins : le coût de la maladie pour la société s'en retrouve allégé¹³². »

L'exemple de cette application est illustratif de la manière dont l'innovation remplit aujourd'hui une fonction d'accompagnement des réformes et en retour les justifie. Loin de questionner la situation – ce qui n'est pas son rôle –, l'application développée sert à accepter les impératifs économiques

et s'y résigner. Elle montre que l'insuffisance du nombre de praticiens n'est en fait pas un problème, car le temps d'attente des patients engendré par ce manque de médecins peut être employé à quelque chose de bénéfique pour eux et être ainsi rentabilisé. Plus encore, l'application sous-entend que ce déficit serait une occasion rêvée pour réduire le coût que les maladies chroniques font peser sur la collectivité. Si l'on mettait une tablette à la disposition du patient, celui-ci deviendrait acteur de sa santé : il apprendrait lui-même à alléger le travail du médecin, éviterait de lui prendre trop de temps en consultation et reviendrait moins souvent, ce qui invaliderait de fait la revendication d'une augmentation du nombre de praticiens. En d'autres termes, cette innovation justifie et légitime les réformes et la vision qu'elles portent, refusant de faire du manque de moyens une explication valable de la crise de l'hôpital : si l'on s'organisait mieux en développant l'innovation, le recrutement de personnel supplémentaire ne serait pas nécessaire.

Ces innovations témoignent aussi d'un glissement progressif des responsabilités. Le discours sur l'*empowerment* des patients légitime un report de la charge du soin sur ces derniers en les rendant « acteurs de leur santé », au risque de voir leur vie privée et leur intimité grignotées par les dispositifs robotiques, comme le dénoncent certains patients¹³³. C'est aussi le discours d'une autre application, appelée « e-Fitback », pour l'instant principalement utilisée par les cliniques privées. Elle invite les individus à « devenir acteurs du parcours de soins », à faire du patient l'« acteur de sa convalescence » puisque « e-Fitback détecte précocement les situations à risque en assurant le suivi à distance et en temps réel des patients dans la continuité des soins », comme on peut le lire sur le site Internet dédié. Lauréate du « Challenge de l'innovation » de la Fédération hospitalière privée dans la catégorie « Services au patient connecté »,

cette application, créée par des « technophiles dans l'âme », des « entrepreneurs avant tout », comme se décrivent les concepteurs, appartient au groupe Nouveal, une start-up spécialisée dans l'e-santé, accompagnée par la société d'audit KPMG et levant des fonds auprès d'acteurs tels que Malakoff Médéric Participations, la Banque publique d'investissement ou Elior Group : « Chez Nouveal, nous partageons la même vision et la même philosophie managériale axée sur l'humain. Résolument tourné vers l'Agilité, notre quotidien se compose de stand-up meetings, de journées R&D, de démos et d'une recherche constante de l'innovation avec un grand "i"!¹³⁴ » Tout un programme pour l'hôpital public.

L'interpénétration des logiques marchandes et des velléités d'efficience s'observe aussi du côté du médicament. Depuis plusieurs années, de nombreuses molécules qui arrivent sur le marché sont promues par leurs concepteurs à la fois comme des innovations de rupture prolongeant la vie des patients et comme des vecteurs d'économies pour le système de santé. L'exemple du cancer est sur ce point emblématique¹³⁵. Dans le prolongement de traitements contre le cancer du sein ou certaines leucémies, quantité de médicaments traitent aujourd'hui les patients de façon « ciblée » : ils ne sont prescrits qu'aux individus cibles chez qui des marqueurs génétiques spécifiques sont détectés. C'est surtout une autre vertu qui est avancée en faveur de leur commercialisation : ils ciblent les cellules tumorales sans toucher les cellules saines, ce qui est censé éviter les effets secondaires néfastes de traitements comme les chimiothérapies. Les thérapies ciblées, l'immunothérapie, la thérapie génique (dont parlent d'ailleurs les auteurs du rapport pour la Fondapol) posent en revanche un problème d'ampleur au régulateur et à l'Assurance maladie (en France comme à l'échelle internationale) : ils sont extrêmement coûteux. L'Organisation de coopération et de développement

économiques (OCDE) elle-même s'inquiète de ces prix, qui atteignent des niveaux rarement atteints, à l'image du Kymriah, une thérapie génique commercialisée par Novartis qui vise une population restreinte : les personnes atteintes de leucémie lymphoblastique de type B. Le laboratoire veut la vendre 475 000 dollars par patient aux États-Unis. Si grâce aux applications sur smartphone on économisera du personnel, ces coûteux traitements innovants sont, eux, présentés comme allant permettre d'économiser des lits d'hôpital :

« Voilà, les médicaments qui vont demain transformer le cancer maladie mortelle en cancer maladie chronique essentiellement prise en charge à la maison vont bouleverser l'organisation des soins. Et donc c'est générateur d'efficacité. C'est générateur d'efficacité à condition qu'on soit capables de le capturer, de le détecter, de l'évaluer et puis de transformer cette efficacité en économies. Si, nous, on met au monde un médicament qui a pour potentialité de diminuer les taux d'hospitalisations, ça ne sera une économie que si on ferme des lits d'hôpital. Et voyez-vous, ça c'est un sujet très important. La France ne sait pas faire ça. »

(Entretien avec un responsable du Leem
[Les Entreprises du médicament], juillet 2016.)

Une des conséquences de ce paradigme technophile est donc de remettre au goût du jour l'opposition classique entre dépenses privées légitimes (qu'elles émanent ou non d'une entité publique) et dépenses publiques illégitimes. Puisque l'argent serait plus intelligemment investi dans les structures privées que dans les structures publiques, il vaudrait donc mieux le dépenser dans des thérapies innovantes et dans des applications que dans des services de soins et dans la formation et l'emploi de fonctionnaires.

LES « DOUBLES DIVIDENDES »

À ces solutions techniques et médicales promues par de nombreux acteurs publics et privés viennent s'ajouter des transformations organisationnelles plus ou moins récentes et de différentes natures. Ces transformations sont voulues et défendues par les élites réformatrices de l'hôpital, l'Igas, l'Inspection générale des finances (IGF), les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé, des agences publiques comme la Haute Autorité de santé, l'Anap, les *think tanks*, etc.

La chirurgie ambulatoire est emblématique de ces innovations au croisement de l'organisationnel et du médical. Elle est devenue au fil des ans le leitmotiv des discours politiques visant à défaire l'interprétation du manque de moyens. François Fillon a par exemple insisté sur ce point lors de la campagne des présidentielles 2017. La chirurgie ambulatoire (à ne pas confondre avec la médecine ambulatoire, c'est-à-dire la médecine de ville) repose sur un principe relativement simple : l'hospitalisation pour une opération chirurgicale est réduite à la journée. Un patient opéré en ambulatoire ne dort donc pas à l'hôpital mais rentre chez lui le soir, après être arrivé le matin. Dans un rapport publié en juillet 2014, l'Igas et l'IGF soulignent conjointement que la chirurgie ambulatoire offre un avantage de taille : « Ce type de prise en charge génère en effet un double dividende qui correspond d'une part à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par réduction des infections nosocomiales, amélioration de la maîtrise des risques et organisation optimisée de l'activité et, d'autre part, une réduction des coûts associés à la prise en charge chirurgicale pour les établissements et donc pour l'assurance maladie¹³⁶. » Ce « double dividende » structure l'ensemble des discours réformateurs sur l'hôpital public. Pourquoi opposer réduction des dépenses et amélioration de

la qualité des soins, alors que les deux seraient précisément liées? Les économies que permet la chirurgie ambulatoire sont estimées par l'Igas et l'IGF à plusieurs centaines de millions d'euros. L'absence de nuitée des patients ne permet pas seulement d'économiser le coût de la nuit en tant que telle; si elle est structurée et systémique, elle permet aussi de redessiner le paysage hospitalier et l'organisation interne des établissements dans une logique de « performance » bien connue :

« Le transfert en ambulatoire s'accompagne de trois types d'économies : des réductions d'effectifs (équipes de nuit et de week-end) et de charges liées à la fermeture d'unités d'hospitalisation complète, des gains de productivité entraînant une baisse des effectifs nécessaires et des réorganisations territoriales qui se traduisent par la fermeture d'unités de chirurgie conventionnelle lorsque l'activité restante après transfert s'avère insuffisante. À périmètre constant, les scénarios sont associés à une réduction des dépenses oscillant entre 417 M€ (scénario "bas") et 689 M€ (scénario "maximal"). Ces économies ne comprennent pas les effets induits du développement de la chirurgie ambulatoire sur la diminution de la durée moyenne des séjours ni ceux liés au regroupement des blocs opératoires.¹³⁷ »

Au-delà des effets d'annonce et des estimations, la promotion de la chirurgie ambulatoire s'incarne depuis le milieu des années 2000 dans des dispositions incitatives et contraignantes. La tarification à l'activité évoquée dans le chapitre précédent a fait de l'ambulatoire une priorité en considérant que la transformation de l'organisation hospitalière et des façons de soigner devait être régulée à distance. En instaurant un principe de valorisation favorable à l'ambulatoire, la T2A devait convaincre les managers hospitaliers de convertir leurs soignants à cette logique. Le fonctionnement incitatif a reposé sur un mécanisme simple : les tarifs des prises en charge

ambulatoires et ceux des hospitalisations classiques (avec nuitée) ont été mis au même niveau. La prise en charge en ambulatoire coûtant moins cher à l'hôpital mais rapportant autant qu'une hospitalisation classique, elle permet alors un gain financier. *A contrario*, l'hospitalisation complète classique devient, elle, un fardeau pour l'établissement¹³⁸. Les mesures incitatives ne sont cependant pas les seules, et elles sont même considérées comme limitées par certains experts de l'hôpital. L'autre mode de gouvernement de la pratique médicale et de l'organisation hospitalière réside dans des instruments d'imposition et de contrainte, comme la « mise sous accord préalable ». Ce dispositif permet à l'Assurance maladie depuis 2008 de repérer les hôpitaux où les taux de prise en charge en ambulatoire sont considérés comme insuffisants au vu des moyennes nationales. L'Assurance maladie peut ensuite imposer à l'établissement une mise sous accord préalable l'obligeant à demander l'accord de la tutelle (c'est-à-dire de l'agence régionale de santé) avant de prendre en charge un patient en hospitalisation classique plutôt qu'en ambulatoire.

Les chiffres avancés par les pouvoirs publics font état d'une progression saisissante de la chirurgie ambulatoire en France depuis le milieu des années 2000. Pour certaines prises en charge comme l'opération de la cataracte, si 48 % d'entre elles étaient effectuées en ambulatoire en 2004, on estimait ce chiffre à 77 % en 2009¹³⁹. Des enquêtes sociologiques montrent comment les directions d'établissement s'outillent pour suivre à travers des indicateurs de gestion les « performances » de leurs services en la matière et les inciter à produire « des trucs qui rapportent¹⁴⁰ ». Des critiques sont formulées à l'encontre de ce développement massif de l'ambulatoire. Si la plupart des acteurs de santé reconnaissent l'intérêt médical de ce mode de prise en charge, certains soulignent la nécessité

de mettre en question son adéquation générale au système de santé. Un chirurgien déclarait ainsi au journal *Le Monde*:

« Il y a tout ce qui n'apparaît pas au premier regard : le coût pour la société de l'ambulance par exemple, de l'aide à domicile. Ou le fait que l'ambulatoire crée, dans beaucoup de services, un besoin paradoxal de plus de personnel pour s'occuper des patients plus lourds qui sont plus nombreux dans les lits du service. À Nantes, ça a frotté dur, la direction a consenti à augmenter le nombre d'aides-soignants pour compenser la lourdeur de la charge de travail laissée par le glissement de l'activité vers l'ambulatoire¹⁴¹. »

D'autres prises en charge comme les hernies ou les amygdalectomies ont été critiquées pendant plusieurs années comme relevant difficilement de l'ambulatoire. Même dans le cas où elles ne font pas débat, les interventions réalisées en ambulatoire questionnent sur le rythme imposé aux patients, face auquel certains se sentent pris dans un processus industriel qui oublie leur souffrance : « À l'hôpital, nous étions "à la chaîne". Une blouse, des chaussons, une culotte. C'est là. Vous sortez après la cabine et vous allez vous asseoir. Une jeune fille est juste derrière. Elle n'a pas l'air très bien non plus. De toute façon, on ne comprend rien car personne ne nous a rien expliqué. Parce que tout le monde court et que personne n'a le temps. Nom, numéro de Sécu, dossier. La chaise roulante et, enfin, la table d'opération. Au réveil, on m'amène dans une chambre. Une petite boîte où je m'installe sur un lit. "Il faut uriner", me dit-on. C'est par là. Je viens tout juste de me réveiller, les jambes chancellent, brouillard. Personne pour m'accompagner, je me déplace au hasard. [...] Vingt minutes dans cette petite salle et dehors, il faut la libérer fissa pour le patient suivant. C'est ça l'ambulatoire. C'est ça, sauf que la tête tourne. Mais tant pis. Tu n'es pas au bord du gouffre, c'est donc que ça doit pouvoir tenir », écrit une

patiente sur son blog *Mediapart* à la suite d'une conisation (retrait d'une portion du col de l'utérus)¹⁴². Mais surtout, ce mode de prise en charge interroge sur le type de patients à qui il est appliqué, et sur les nombreux problèmes qu'il peut poser, notamment pour les personnes isolées : « J'étais seule, et c'est dur nerveusement, c'est dur psychologiquement quand on est en état de faiblesse... de fatigue... c'est difficile, même si j'étais contente d'être chez moi. Mais dans une chambre d'hôpital j'aurais été aussi bien, j'aurais été rassurée en tout cas¹⁴³ », déclare par exemple une patiente dans le journal *La Croix*. Avec l'ambulatorio, l'hôpital se transforme : après avoir accueilli et hébergé, il devient un lieu qui soigne les patients sans nécessairement les accueillir.

Le deuxième type d'innovation organisationnelle que nous souhaitons mettre en lumière a étroitement à voir avec cette critique formulée contre la chirurgie ambulatoire par des patients qui la jugent inadaptée en raison de leur isolement social, de leur état de santé fragile, de l'éloignement de leur domicile par rapport à l'hôpital, etc. Il s'agit des « hôtels hospitaliers », ou « hospitals » – un exemple qui permet de saisir comment les mutations de l'hôpital s'articulent à des enjeux marchands et à des phénomènes de privatisation rampante. Les hospitals sont comme des lieux d'hébergement, dans l'hôpital ou en dehors (mais dans un périmètre proche), permettant de garder des patients à proximité sans qu'ils occupent une chambre d'hôpital. Ils hébergent également, la veille d'une opération, les personnes habitant loin de l'hôpital. Autrement dit, l'ambulatorio, qui suppose d'arriver le matin, ne résout pas la question de l'hébergement mais la déplace. Le discours sur les doubles dividendes promeut lui aussi ce mode de prise en charge. Premier dividende : les patients évitent de demeurer dans l'hôpital, lieu anxigène et possiblement responsable de maladies nosocomiales. Deuxième dividende :

l'Assurance maladie évite de payer des nuits coûtant plusieurs centaines d'euros (certains médias comme *Le Quotidien du médecin* évoquent les montants de 1 500 euros pour une nuit d'hôpital et de 60 euros pour une nuit d'hôtel).

Si certains établissements y ont eu recours dès les années 1990 (notamment l'AP-HP via un prestataire privé, Hospitel), c'est la loi de financement de la Sécurité sociale de 2014 qui consacre ces innovations organisationnelles. Depuis, de nombreuses expérimentations ont eu lieu, et des hôtels hospitaliers sont apparus un peu partout en France. La création de ces structures renforce la conversion de l'hôpital en un lieu où sont exclusivement dispensés des soins, au détriment de l'hébergement, et l'invite à rompre avec sa mission historique d'accueil. Il apparaît d'ailleurs largement simpliste de réduire les nuits passées par un patient à l'hôpital à un simple hébergement, comme le fait dans la revue *Gestions hospitalières* une élève directrice d'hôpital : « son développement constitue une occasion pour l'hôpital de se recentrer sur son plateau technique et son activité de soins et de dissocier cette activité de l'hébergement, qui n'est pas sa mission première¹⁴⁴ ». Affirmerait-on que le personnel de nuit est payé à ne rien faire si ce n'est garder les malades ? Bien que ces structures ne fassent pas pour l'instant l'objet d'enquêtes sociologiques, il est d'ores et déjà possible de prévoir un déplacement du coût des nuitées vers les patients eux-mêmes et leurs ressources propres, ce qui équivaut à une privatisation du coût des prises en charge. Si dans les hôpitaux le reste à charge pour les patients hospitalisés existe (son montant est fixé par l'Assurance maladie – le forfait hospitalier est notamment de 20 euros par jour depuis le 1^{er} janvier 2018), en revanche, pour ce qui est des hôtels hospitaliers, l'Assurance maladie ne prend pas systématiquement en charge les nuits, et c'est alors aux patients et à leur mutuelle ou assurance qu'il revient de payer.

Faire de l'hôpital un lieu de soins techniques et pointus permet de transférer à d'autres acteurs les divers coûts de la prise en charge. Au-delà de la question financière, cette privatisation reporte également sur le patient et sur ses proches, rebaptisés « aidants » – tout particulièrement sur les femmes, à qui incombe socialement la plus grande part du *care* –, la responsabilité et la charge du suivi médical. Des études ont ainsi souligné le coût pour les aidants des périodes postopératoires. Ce que les hospitaux disent également des transformations à l'œuvre, c'est la place qu'occupent aujourd'hui des acteurs privés et marchands jusqu'ici étrangers à l'hôpital, tels que le groupe hôtelier Accor. Si, à l'hôpital, certaines tâches d'intendance ont été privatisées au fil des décennies (par exemple la production des repas ou la blanchisserie), l'arrivée d'acteurs marchands assurant l'hébergement dans son ensemble apparaît comme un nouveau pas important vers une extension de la privatisation des dépenses de santé. Lors d'un séminaire organisé par l'AP-HP en 2016, plusieurs exemples ont ainsi été mis en avant, comme celui de la Maison des familles de l'hôpital Necker, permettant aux parents de rester à proximité de leurs enfants le temps de leur hospitalisation. Dans le document présenté par l'adjointe au directeur de l'établissement, on peut lire : « Le tarif est de 46 euros pour deux personnes (un parent et un enfant). Renseignez-vous auprès de votre mutuelle pour une prise en charge. » Ce que confirme Margaux Jaulent, élève directrice d'hôpital, dans son travail sur l'hôpital Necker : « Une partie peut être prise en charge par la mutuelle du patient, mais le patient doit faire l'avance des frais. Une seule exception existe à ce système : certains patients ne bénéficiant pas de prise en charge peuvent l'être par les fonds collectés par l'association créée par le service social de l'hôpital¹⁴⁵. » Enfin, les hôtels hospitaliers sont un argument pour accueillir des « patients non-résidents » : « Nos

hôpitaux pourraient exporter leurs expertises via des e-consultations auprès d'une clientèle étrangère. Les ressources financières ainsi dégagées, émancipées des tarifs réglementés de l'Assurance maladie, viendraient renforcer les capitaux propres des établissements, et donc leur capacité d'investissement et d'amélioration des services rendus sur site¹⁴⁶. » De nouveau, l'hôpital est envisagé comme une source de profits.

LES CRITIQUES DE « L'HÔPITAL DU FUTUR » SONT-ILS DE MÉCHANTS TECHNOPHOBES ?

S'opposer à la technophilie naïve et/ou intéressée des promoteurs de « l'hôpital du futur » n'est pas chose facile. En effet, l'exaltation du « progrès » réduit à sa seule dimension technicienne, la fascination exercée par les robots et autres produits de la « révolution numérique » sur une large partie de la population, les perspectives radieuses du génie génétique qui, en bricolant les gènes, viendrait à bout de maladies jusqu'ici létales, les promesses folles du transhumanisme sur « la mort de la mort »... ces célébrations collectives mobilisent de puissants ressorts socioculturels au sein des sociétés développées. Du reste, le phénomène n'est pas nouveau. Depuis les années 1950, les médias se font largement l'écho des prouesses médicales (des greffes cardiaques aux greffes de mains puis de visages), même si, depuis les années 1980, s'est développé un registre plus critique de l'information médicale, s'intéressant, lui, à la face sombre du « progrès » médical¹⁴⁷.

L'historien François Jarrige a montré que la critique de la technophilie a une histoire longue et riche d'arguments économiques, sociaux, écologiques, politiques, aucunement réductible à la technophobie que se plaisent à dénoncer les adeptes du progrès technologique (les transhumanistes opposent ainsi

les « bioprogessistes » aux « bioconservateurs ») : « Que la technocritique est difficile ! La pratiquer vous place d'emblée en porte-à-faux et vous fait courir le risque de l'isolement. On vous reprochera d'être rabat-joie, de vous tromper de cible, d'être un pessimiste invétéré promouvant un statu quo mortel au lieu d'encourager les technologies conservatrices¹⁴⁸ ». Ce que la critique des techniques conteste, ce ne sont pas les techniques en elles-mêmes mais certaines trajectoires économiquement, socialement, écologiquement délétères que peut emprunter le « système technicien ». Depuis la fin du XVIII^e siècle, elle porte une réflexion indispensable sur la notion polysémique et pluridimensionnelle de progrès, héritée des Lumières¹⁴⁹. Cette notion englobe bien sûr le soin à l'hôpital et les « progrès » qu'il connaît. Contrairement à ce que soutient le discours technophile, les NBIC (nanotechnologies, biotechnologies, informatique et sciences cognitives) ne sauraient générer par elles-mêmes des économies ; au contraire, elles sont souvent source de surcoûts. De plus, comment se répartit et par qui est captée la valeur ? Les industries de santé ou la Sécurité sociale ? Peut-on se contenter d'évaluer la pertinence d'une technologie à l'aune de ses *outputs* directs (hausse de la productivité de l'hôpital) ou bien faut-il aussi (mais comment ?) mesurer ses *outcomes*, c'est-à-dire ses résultats politiques et sociaux ? À ces nécessaires interpellations de nature économique doivent s'ajouter les questions sur le risque de dénaturation que font peser certaines technologies sur le raisonnement professionnel en le mécanisant, sinon en l'automatisant, ou encore les interrogations sur les conséquences potentiellement délétères de certaines innovations comme les nanotechnologies. La principale aporie de la technophilie des élites réside dans le fait, déjà souligné, que l'hôpital est confronté à la montée de la précarité, au vieillissement de la population et surtout au défi des maladies chroniques. Tous

ces patients ont une caractéristique : la dimension clinique est imbriquée dans des problèmes sociaux, psychologiques, culturels. Ainsi, en diabétologie, les industriels tentent de présenter le progrès comme la mise au point de pompes à insuline *high-tech*. À n'en pas douter, l'innovation à tout crin est source de nouvelles inégalités, notamment du fait de la fracture numérique.

Pourtant, il est établi et reconnu de longue date que le véritable progrès réside moins dans le *high-tech* que dans l'amélioration de la prévention (de l'obésité par exemple) et dans l'éducation thérapeutique du patient. La singularité des cas et la complexité des situations auxquels les professionnels sont confrontés sont sources de fortes incertitudes qui les amènent à délibérer sur les finalités et les moyens de la prise en charge¹⁵⁰. Un diabétologue doit ainsi adapter le traitement au mode de vie de chaque patient ; en effet, la prescription d'un régime trop drastique peut, par exemple, conduire à un décrochage, avec abandon du traitement. Il lui faut arbitrer entre des objectifs en tension. De même, l'apprentissage par le patient de gestes techniques comme la mesure de sa glycémie, mais aussi d'un nouveau mode de vie, suppose des moyens pédagogiques différents selon les individus. C'est la raison pour laquelle le diabétologue André Grimaldi, l'un des fondateurs du Mouvement de défense de l'hôpital public¹⁵¹, milite pour que les instruments de financement et les principes organisationnels de l'hôpital soient adaptés à ce qu'il appelle une « troisième médecine », différente de la médecine des maladies aiguës bénignes et de celle des maladies aiguës graves, qui appellent des interventions essentiellement techniques¹⁵². L'ironie veut que ce soit Robert Debré, l'auteur de la réforme de 1958 qui fit entrer l'hôpital dans la modernité biomédicale, qui, le premier (dès 1973), dressa le constat des insuffisances et des impasses

de l'hôpital-usine à soins curatifs et techniques qu'il avait contribué à mettre en place :

« L'hôpital de demain doit être le centre de la santé, avec une pénétration beaucoup plus importante de sujets qui ne sont pas hospitalisés que de sujets hospitalisés [...]. Ce n'est donc plus du tout un endroit où l'on se rend quand on a besoin de soins importants, mais l'endroit où tout le monde doit aller au cours de son existence, [...] centre de santé publique, et non pas centre de santé troublée, c'est-à-dire avec en filigrane une permanente action de médecine préventive, une permanente pensée d'éviter le malheur avant qu'il n'arrive [...]. Ce centre prospère doit dominer les centres secondaires de protection maternelle et infantile, de santé scolaire et universitaire, enfin de médecine du travail¹⁵³. »

Et le professeur de pédiatrie de plaider pour une formation médicale résolument tournée vers les sciences sociales, la psychologie ou encore l'économie de la santé, toutes disciplines appelées à irriguer la santé publique, « discipline totale, complète et exclusive ».

L'enjeu d'une réflexion sur les logiques et les effets de l'innovation n'est pas de dénigrer toute innovation. Cela serait aussi absurde que de croire aveuglément dans celle-ci. De nombreux outils, dispositifs, médicaments constituent de réelles avancées médicales, puissantes et bénéfiques pour les patients et les professionnels. Ce que nous avons souhaité mettre en avant dans ce chapitre est bien plus un constat et une mise en garde. Le constat est d'abord celui qu'une croyance forte dans l'innovation s'est développée au sein des élites réformatrices de l'hôpital public et qu'elle engage plus que le progrès médical et sanitaire, puisqu'elle sert de paravent à la réduction des moyens accordés aux établissements. La mise en garde, elle, se décline en trois points. Premièrement, si certaines innovations

sont bénéfiques, d'autres, parfois extrêmement onéreuses, font l'objet de réserves, y compris chez les médecins (par exemple parmi les cancérologues) quant à leurs effets. Le risque est donc d'abord que des promesses thérapeutiques, numériques et organisationnelles ne soient pas tenues. Deuxièmement, les pouvoirs publics entendent structurer autour des entreprises de santé et des acteurs marchands ce régime technophile s'accompagnant d'une croyance dans l'efficacité du marché. Le risque réside ici dans l'ampleur du coût de certaines innovations que des structures publiques auraient tout aussi bien pu concevoir et produire. Troisièmement, une partie des innovations tendant prioritairement vers la recherche d'efficacité et la réduction des dépenses, le danger est que le soin et sa dimension relationnelle soient profondément bouleversés.

5

Un impossible
soulèvement?

Dans le mouvement complexe qui transforme la fonction et le sens politique de l'institution hospitalière, quelle est la place de la mobilisation et des revendications? Le film *Hippocrate* (2014), inspiré à Thomas Lilti, son réalisateur, par sa formation médicale, est particulièrement éclairant sur la mobilisation des soignants contre la fragilisation continue de l'hôpital public. Le film met en scène les doutes et les difficultés quotidiennes de deux internes d'un hôpital parisien aux locaux passablement vétustes. Leurs trajectoires sont très différentes: Benjamin, étudiant de vingt-quatre ans, est fils du chef de service; Abdel, algérien, est un médecin plus âgé et plus expérimenté « faisant fonction d'interne » (FFI)¹⁵⁴, qui espère, après un véritable parcours du combattant, obtenir le droit d'exercer comme médecin. Ils vont se trouver confrontés à deux patients dont les profils sont fréquents à l'hôpital public. Le premier, vivant dans la rue, souffre d'une cirrhose alcoolique; son admission dans le service s'accompagne d'insultes et de violences à l'endroit du personnel soignant. L'autre est une femme de quatre-vingt-huit ans atteinte d'un cancer en phase terminale et dont la place serait à l'évidence plus dans un service de soins palliatifs qu'en médecine interne. Hélas, il n'y a plus de lits disponibles, à ce moment-là, en soins palliatifs. Ces deux patients, qui s'accordent mal avec l'hôpital technique et « efficient », vont engendrer chez les deux internes culpabilité et dilemmes moraux mettant à mal leur amitié naissante. En effet, le patient alcoolique décède la nuit de son admission des suites de problèmes cardiaques

non décelés par Benjamin, qui ne disposait d'aucun électrocardiographe en état de marche. Cette faute professionnelle est cependant couverte par sa hiérarchie (et donc par son père) et passée sous silence malgré les demandes insistantes d'éclaircissements de l'ex-épouse du patient. Quant à la vieille femme, qui a pourtant manifesté sa volonté de ne pas subir un acharnement thérapeutique, elle est alimentée par sonde sur décision de la cheffe de clinique, qui cherche à la « remettre sur pied » afin de libérer un lit ; l'absurdité et l'inhumanité de ce traitement sont vigoureusement dénoncées par Abdel. Lorsqu'elle sombre peu après dans le coma, elle est récupérée *in extremis* par l'équipe de réanimation, qui se félicite de la prouesse ainsi accomplie... Double mauvais traitement, donc. Abdel, empathique et respectueux des volontés de sa patiente, décide, en accord avec la famille et contre l'avis de ses supérieurs et de l'équipe de réanimation, de mettre fin à l'assistance respiratoire. Cette initiative lui coûte cher : il est traduit devant le conseil de discipline et sanctionné, ce qui brise ses rêves de titularisation, alors que Benjamin, lui, avait bénéficié d'une couverture.

Deux poids, deux mesures donc. Rongé par la culpabilité, scandalisé par l'iniquité du traitement subi par son confrère étranger, Benjamin avoue sa « faute » à l'ex-épouse du premier patient, puis provoque un scandale dans le service de son père. Il est ensuite renversé par une voiture. C'en est trop pour l'équipe soignante : elle se mobilise alors pour défendre les deux internes. La scène finale montre une équipe unanimement scandalisée face à un directeur d'établissement, avec à ses côtés un chef de service, ignorant leurs déplorables conditions de travail ; sont alors dénoncées les fins de non-recevoir répétées qu'oppose l'administration aux demandes de renouvellement d'appareils et, plus généralement, l'attitude distante d'une direction aveugle et sourde à la souffrance au travail

du personnel, au manque d'effectifs, à la charge de travail, à l'absurdité des traitements infligés à certains patients. Le film se clôt sur un *happy end*, puisque le jeune interne récupère de ses blessures tandis que la sanction prononcée contre le second est levée. Le service continue à soigner, mais ses agents affichent désormais fièrement « En grève » sur leurs blouses.

Hippocrate montre comment chacun est constamment renvoyé à la débrouille et au bricolage du quotidien, à ses dilemmes, voire à la culpabilité et la honte de « mal faire son boulot », tandis que la solidarité du collectif de travail est sévèrement mise à l'épreuve. Il faut donc que surviennent coup sur coup deux épreuves majeures pour que les complexions individuelles se rejoignent à la faveur du franchissement collectif d'un seuil critique d'indignation¹⁵⁵. La sociologie des mouvements sociaux a depuis longtemps montré que la fréquence et l'intensité de la protestation collective ne découlent pas mécaniquement de la dégradation de la situation objective des groupes concernés. Le monde de l'hôpital public est particulièrement emblématique de ce phénomène : dans ce terreau *a priori* fertile à leur éclosion, les mobilisations collectives ne sont pourtant que sporadiques et fragmentées, bien qu'elles aient tendance à se multiplier ces dernières années.

LES RAISONS DE LA COLÈRE HOSPITALIÈRE

Comme nous l'avons vu tout au long de cet ouvrage, tous les indicateurs sont au rouge. La charge physique, psychologique et émotionnelle du travail s'est alourdie. Or, le soutien social nécessaire pour y faire face fait souvent cruellement défaut. Les collectifs de travail, protecteurs car vecteurs de reconnaissance de la qualité du travail effectué et porteurs des règles du métier, sont en tension. L'encadrement de proximité, qui

connaît le même sentiment d'isolement et d'abandon que les soignants de terrain, est accablé de tâches administratives (gestion de plannings, « réunionite »)¹⁵⁶. En conséquence, sa disponibilité pour les équipes s'amointrit. Enfin, si certains médecins chefs de service ou de pôle se montrent présents et soutenant, d'autres aggravent le mal avec des exigences excessives ou le déni du travail réalisé par leurs équipes. Il arrive ainsi que les abus de pouvoir médicaux s'ajoutent aux abus de pouvoir gestionnaires, avec des issues parfois dramatiques (suicide), comme le dénoncent deux ouvrages récemment publiés, l'un concernant les maltraitances dont sont victimes nombre d'étudiants¹⁵⁷, l'autre portant sur la banalisation des pratiques de harcèlement à l'endroit des soignants, y compris les médecins¹⁵⁸.

La dégradation des conditions de travail s'accompagne aussi de la stagnation des salaires à cause du gel du point d'indice et des attaques médiatiques répétées contre le statut de la fonction publique. À la lecture des nombreux rapports officiels, l'hôpital public serait miné par les « archaïsmes », les « corporatismes », les « résistances au changement », les « rigidités », les « gaspillages », là où les cliniques privées feraient montre de « souplesse », d'« agilité », d'« efficacité ». Au moment de la mise en place de la T2A et du projet de « convergence tarifaire » visant à aligner les tarifs du public sur ceux du privé, la controverse sur les différences de coût entre les deux secteurs fut édifiante à cet égard. Les acteurs politiques et technocratiques se sont saisis de cet écart au désavantage de l'hôpital public. Pourtant, toutes les études ont finalement montré que le calcul du surcoût de l'hôpital public est complexe à établir et surtout que la légitimité de ce surcoût peut être défendue.

Il faut ajouter que les préoccupations salariales ne sont pas premières dans le monde de la fonction publique, particulièrement dans la fonction publique hospitalière, où règnent

l'économisme et l'utilitarisme de réformateurs pour qui il serait en effet possible de « dynamiser » les agents par des « motivations extrinsèques » telles que des primes au résultat. Or, dans la fonction publique, la satisfaction que procure l'emploi dépend davantage de facteurs liés à l'environnement de travail : la reconnaissance par la hiérarchie du travail effectué et de l'investissement personnel, le soutien des collègues en cas de difficultés professionnelles, les perspectives d'avancement et de carrière, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée – autant de dimensions qui ont connu depuis une vingtaine d'années une dégradation sensible. La rémunération vient loin derrière, plus encore dans la fonction publique hospitalière que dans les deux autres fonctions publiques et, *a fortiori*, que dans le secteur privé¹⁵⁹. D'une façon générale, les différents travaux montrent que « les motivations intrinsèques comme le service rendu aux usagers ou à la communauté ou comme le sentiment moral d'avoir contribué au bien-être social priment dans le secteur public sur les motivations extrinsèques que constituent les perspectives salariales¹⁶⁰ ». De fait, le pourcentage d'agents de la fonction publique hospitalière se déclarant satisfaits de leur emploi est le plus faible des trois fonctions publiques : 55 %, contre 66 % pour la fonction publique d'État et 62 % pour la fonction publique territoriale. Enfin, ce pourcentage varie non seulement en raison inverse de la position hiérarchique (les agents hospitaliers de catégorie C étant les plus mal lotis de la fonction publique) mais aussi en fonction de la génération : la proportion de satisfaits passe de 60 % chez les 25-34 ans à 46 % chez les 35-49 ans, pour ensuite remonter, selon une courbe en U, à 69 % chez les 50-64 ans, et même 84 % chez les 65 ans et plus.

L'ampleur des mécontentements et insatisfactions semble donc *a priori* favorable aux mobilisations collectives, surtout si l'on y ajoute le fait que le 1,2 million de fonctionnaires

hospitaliers bénéficient (pour le moment) d'un statut protégé et que l'implantation syndicale y est relativement forte : deux fois plus élevée dans l'ensemble de la fonction publique que dans le secteur associatif et marchand (20 %, contre 9 %), même si elle n'est que de 17 % dans le secteur hospitalier, contre 24 % dans la fonction publique d'État¹⁶¹. Dans la fonction publique hospitalière, les cadres sont les plus syndiqués (19 %), devant les employés (17 %) et les professions intermédiaires (15 %).

DES MOBILISATIONS SPORADIQUES QUI TENDENT CEPENDANT À S'INTENSIFIER

Pourtant, cette configuration propice à la mobilisation contestataire n'a débouché que sur peu de mouvements d'ampleur¹⁶². Il y a eu, par exemple, le « printemps infirmier » de la toute fin des années 1980, les manifestations contre le Plan Juppé de 1995, celles qui réclamaient l'application des 35 heures et l'augmentation des moyens à l'hiver 1999, le mouvement contre la loi Hôpital, patients, santé, territoires de 2009 et, chaque année depuis 2015, des manifestations et des appels à la grève à l'instigation de syndicats généralistes et des intersyndicales de médecins hospitaliers. Il faudrait certes prendre en considération les mobilisations plus localisées visant à défendre des structures ou des services, donc l'emploi, contre les décisions de restructuration des agences régionales de santé, mais il n'existe pas de statistiques en la matière¹⁶³. En conclusion, sur la longue période, les mobilisations contre les réformes sont sporadiques même si elles ont eu tendance à s'intensifier ces dernières années à la faveur du durcissement de la contrainte budgétaire.

Les explications de cette sporadicité sont bien connues et sont d'ailleurs avancées par les acteurs hospitaliers eux-mêmes.

Il y a tout d'abord les contraintes de continuité du service public : celui-ci est tenu d'accueillir tous les patients qui se présentent, 24 heures sur 24, 365 jours par an. La grève ne peut donc être que symbolique, et la manifestation ponctuelle. Ensuite, l'intérêt supérieur des patients constitue le ciment symbolique des professions soignantes, particulièrement du corps infirmier, qui resterait porteur d'une culture du sacrifice et de la vocation héritée des valeurs religieuses. Le soin serait une cause totale aux effets dépolitisants. De plus, la forte féminisation du personnel de santé serait peu favorable au militantisme dans la mesure où, une large part du travail domestique reposant encore sur les femmes, elles n'ont que peu de temps à lui consacrer. Au final, le monde soignant serait davantage porté sur les mobilisations consensuelles au service de l'institution et visant l'amélioration de la qualité des soins, par exemple dans le cadre de la participation aux procédures de certification, que sur les mobilisations protestataires¹⁶⁴. Si ce constat revêt une part de vérité, il doit néanmoins être nuancé à la lumière de l'intensification récente des mobilisations. Surtout, il repose sur une opposition beaucoup trop binaire entre consensus et conflit qui néglige des formes hybrides de contestation.

Enfin, dernier obstacle à la mobilisation conflictuelle, et non des moindres : la persistance d'une domination des médecins qui, même si elle a perdu de son lustre d'antan, confère à ces derniers un rôle moteur dans les dynamiques de mobilisation. Or les médecins hospitaliers sont globalement conservateurs¹⁶⁵, et leur élite a longtemps bénéficié d'un accès direct aux décideurs politiques et administratifs pour faire valoir ses revendications sans avoir à s'allier aux autres catégories professionnelles. Ce constat doit une fois encore être nuancé au regard des évolutions récentes. En effet, les médecins hospitaliers, et en particulier l'élite des cliniciens, n'ont pas

tout de suite eu à supporter les conséquences des réformes. Celles-ci ont d'abord cherché à « rationaliser » les services administratifs, logistiques et techniques (les « blouses bleues »), puis ont surtout pesé sur les échelons paramédicaux (cadres infirmiers, infirmières et surtout aides-soignantes) selon une logique de report en cascade des contraintes. Mais les effets différés du resserrement du *numerus clausus*, entraînant une baisse du nombre d'internes (indispensables pour faire tourner les services), puis le tournant néolibéral des politiques hospitalières du début des années 2000 – avec l'entrée en vigueur du *Plan Hôpital 2007* et la montée en charge de la T2A – ont conduit nombre d'entre eux à se mobiliser selon un répertoire d'actions inédit pour ce groupe professionnel : pétitions, appels, manifestations. La réforme Bachelot de 2009, dite loi Hôpital, patients, santé, territoires, qui consacre les chefs d'établissement en « patrons » de l'hôpital, en a constitué une étape cruciale. Défendue par l'élite des directeurs d'hôpital et les principales fédérations hospitalières – soit les principales composantes du bloc gestionnaire –, cette réforme a exclu l'élite clinique du processus de décision. Contraints à renouveler leur répertoire d'actions, les médecins hospitaliers ont ainsi, durant le printemps 2009, investi la rue aux côtés des principaux syndicats généralistes représentant le personnel paramédical, technique et administratif¹⁶⁶. Une démarche encore impensable dans les années 1990, alors que de telles actions sont courantes pour les syndicats de médecins libéraux dans le cadre de leurs conflits historiques avec l'État et l'Assurance maladie¹⁶⁷.

Pourtant, ce type de front commun reste exceptionnel. Construire une cause commune à partir d'un monde aussi hétérogène et traversé par des concurrences individuelles et des rivalités interprofessionnelles fortes a supposé une occasion singulière : la révision générale des politiques publiques

(RGPP), engagée par un pouvoir politique affichant une identité néolibérale agressive et déclinée pour le secteur de la santé avec la loi HPST, et le savoir-faire militant de quelques mandarins hospitaliers¹⁶⁸. À mesure que le conflit avec les pouvoirs publics s'enlisait, des divisions réapparaissaient : entre mandarins et praticiens hospitaliers, entre spécialités médicales, entre corps médical et monde infirmier, ou encore entre soignants et administratifs. Le cas des divisions entre spécialités médicales est éclairant. Durant la contestation, les chirurgiens, classés plus à droite, s'inquiétaient des menaces sur les chefferies de service plutôt que de la tarification, mode de financement assez favorable à leur activité, ou de l'application de la gouvernance d'entreprise à l'hôpital. Par ailleurs, la question du secteur privé dans l'hôpital public, habilement remise sur le devant de la scène publique par les pouvoirs publics, a réactivé un clivage historique au sein de l'élite hospitalière. Diviser pour régner : depuis Machiavel, on n'a guère trouvé mieux. Il s'agit d'ailleurs d'une loi générale. Les professions de l'État social (enseignants, chercheurs, médecins, magistrats, travailleurs sociaux, etc.), du fait de l'essor de ce dernier, ont connu une explosion démographique qui a son revers : la (relative) diversification du recrutement social et des conditions d'exercice (donc leur hétérogénéité socioprofessionnelle croissante), de même que la massification (donc la banalisation) de leurs prestations les rendent beaucoup plus vulnérables aux offensives du bloc gestionnaire.

Force est de constater que l'élite des cliniciens se montre relativement impuissante à enrayer la mécanique réformatrice. Certes, les appels et les pétitions, les essais et pamphlets se multiplient dans la presse, tout comme les journées d'action dans la rue, mais les revendications demeurent catégorielles. Elles s'avèrent dès lors incapables de peser sur des politiques

publiques hospitalières de plus en plus dominées par les considérations budgétaires et managériales.

L'ÉLITE HOSPITALIÈRE CONTRE LA GESTION

Après avoir échangé avec plusieurs collègues sur leur vécu de la triple mission historique (soin, recherche, enseignement) devenue quintuple mission (se sont ajoutées la gestion et une série d'activités relevant de la santé publique), la conclusion semble évidente :

CELA NE PEUT PLUS DURER!

Il ne peut s'agir de revenir à la « belle époque » du mandarinat mais de tirer la leçon d'une incapacité et d'un échec. L'incapacité c'est celle de notre génération de médecins hospitaliers qui ont participé activement à la fin du mandarinat mais ont été incapables de le remplacer en construisant un pouvoir médical collectif et démocratique. Certes des postures mandarinales persistent, comme des jeux de rôle déconnectés de la réalité. Mais en faire le sujet majeur, la cause de tous nos maux, serait à tout le moins passer à côté de l'essentiel ou pire un simple alibi pour rejoindre le pouvoir managérial suivant le vieil adage de 1968 : « Lorsqu'ils plient l'échine, méfiez-vous, c'est une vieille habitude! » L'échec, c'est celui de la politique de l'hôpital-entreprise et de la pensée managériale de marché (le New Public Management, NPM). Ses partisans, forcés après plus de 10 ans d'en constater l'échec, expliquent aujourd'hui qu'à l'époque il était nécessaire de relever la concurrence des cliniques privées pour « regagner des parts de marché » en adoptant la logique commerciale de ces dernières et leur mode de management par le chiffre. Mais pour les plus accros au NPM, les dysfonctionnements actuels seraient dus au fait qu'on n'a pas été assez loin dans la logique managériale de marché. Il est donc urgent « d'avoir le courage d'accélérer »!

[Contribution d'un des leaders du Mouvement de défense de l'hôpital public sur la liste de diffusion de ce collectif, 1^{er} juin 2018.]

Les obstacles à la mobilisation qui viennent d'être passés en revue sont puissants, même s'ils ne sont pas infranchissables. Ils sont renforcés par la capacité des outils et de la logique gestionnaires à embarquer les acteurs hospitaliers qui, très souvent conscients de l'injustice qu'eux et leurs patients subissent, sont renvoyés à des stratégies individuelles et pour l'essentiel invisibles de « gestion » de leur malheur au travail. Le cas, analysé dans le chapitre 2, de la banalisation du travail en 12 heures, alors même qu'il s'agit d'un régime dérogatoire, sur la base d'une alliance des soignants et des gestionnaires contre les syndicats, est à cet égard symptomatique. L'opposition aux modes d'organisation issus de la nouvelle gestion publique ne va pas de soi, dès lors que, répondant à certaines des revendications, ils peuvent pour partie satisfaire les professionnels de santé. De même, la tarification à l'activité s'est appuyée à ses débuts sur un argument peu contestable : avec la dotation globale, certains hôpitaux voyaient leur budget bloqué injustement alors que leur activité augmentait ; il convenait donc de les « payer pour ce qu'ils [faisaient] ».

LA POLITISATION DE LA COLÈRE HOSPITALIÈRE

Porter attention à la façon dont les agents hospitaliers sont pris dans les logiques gestionnaires visant à les rendre plus efficaces conduit à reconsidérer tout le spectre des stratégies de mobilisation¹⁶⁹. Il est impossible, dans le cas de l'hôpital public, de se satisfaire des oppositions binaires entre mobilisation contestataire et mobilisation consensuelle : le propre de la domination gestionnaire est de multiplier les situations intermédiaires entre ces deux attitudes que sont la prise de parole et la défection en extorquant des loyautés résignées.

La prise de parole qui vise à dénoncer les réformes néomanagériales (manifestations, journées d'action, appels à la grève, pétitions publiées dans la presse généraliste ou, de façon plus individuelle, essais et pamphlets rédigés par des médecins et des soignants, etc.) est l'une des voies par lesquelles s'exprime le désaccord avec les orientations des politiques publiques hospitalières et leurs conséquences sur les conditions de travail et la qualité des soins. Certes, les journées d'action et les mobilisations collectives sont peu fréquentes, même si l'on a vu qu'elles s'intensifiaient depuis quelques années. Mais, loin d'être marginales, les prises de position critiques des professionnels et des syndicats saturent l'espace médiatique et politique. Surtout, la prise de parole peut prendre d'autres formes, moins sociales ou intellectuelles, plus politiques. La politisation du mécontentement professionnel est d'autant plus probable que les syndicats généralistes (CGT, FO, CFDT, SUD) peinent à le canaliser. À l'hôpital comme dans les autres services publics, les syndicats n'ont pas le vent en poupe. En 2015, 31 % seulement des fonctionnaires déclaraient leur faire confiance¹⁷⁰. Ivan Sainsaulieu souligne que les soignants ont un rapport utilitaire et désabusé aux syndicats, tandis que, de leur côté, leurs représentants déplorent l'individualisme croissant du personnel¹⁷¹. Les raisons de cette incompréhension réciproque ne sont guère mystérieuses et ont été largement commentées. Les syndicats de la fonction publique se sont historiquement construits pour négocier des accords nationaux, défendre le statut, l'emploi et la rémunération plus que pour agir sur les conditions et l'activité de travail concrètes. Leur impuissance relative à enrayer la mécanique réformatrice et ses effets délétères sur les conditions de travail, particulièrement sous les gouvernements dits « de gauche », a également contribué à affaiblir leur audience. À cet égard, la décennie qui s'ouvre avec la RGPP et s'achève avec la présidence Hollande a été

critique : la contrainte budgétaire n'a fait que se renforcer, la T2A n'a pas été remise en cause, les restructurations se sont accélérées. La continuité des politiques publiques hospitalières fut remarquable en dépit de l'infléchissement des discours ministériels. Comment donc s'étonner que le vote pour le Front national (désormais « Rassemblement national ») ait littéralement explosé dans le monde soignant, particulièrement au bas de l'échelle (aides-soignantes, agents hospitaliers)¹⁷², sachant que ces orientations électorales sont celles des catégories populaires¹⁷³ ? Et ce d'autant plus que ce parti politique est passé de la promotion d'un libéralisme aux relents poujadistes à la défense des services publics et des territoires frappés par le déclin économique et démographique, autant d'enjeux délaissés par les partis de gouvernement.

Plus globalement, les offres politiques contestant les orientations économiques et sociales des partis de gouvernement ont vu leur audience s'élargir considérablement dans une population de fonctionnaires attachée à la valeur d'égalité et rejetant la valeur d'enrichissement personnel. Dans la fonction publique hospitalière, le vote en faveur de Marine Le Pen est passé de 14,5 % en 2012 à 23,2 % en 2017 grâce au ralliement de nombre de fonctionnaires de catégorie C¹⁷⁴. La forte augmentation du vote frontiste est d'autant plus significative que les principales confédérations syndicales ont appelé à boycotter cette formation politique. Nombre d'organes de presse se sont alarmés, au cours de la campagne pour la présidentielle de 2017, de cette progression dans un monde professionnel que, pourrait-on penser, ses valeurs « nobles » (altruisme, dévouement, attention à l'autre, etc.) immunisent contre ce type de vote. Loin de se cantonner aux journées de grève et d'action, la prise de parole du monde hospitalier revêt une dimension plus individuelle, plus politique aussi, qui fait son lit sur la dégradation du service public et

le déclassement matériel et symbolique de la fraction la plus populaire de ses agents.

D'une façon générale, des travaux statistiques récents soulignent que les réorganisations néomanagériales des entreprises privées et publiques comme des administrations ont eu des conséquences politiques inquiétantes en termes d'affaiblissement de la culture démocratique. Il y a un lien entre les conditions de travail et les comportements électoraux : une faible autonomie au travail et, à un degré moindre, l'accroissement de la pénibilité physique, l'augmentation de l'intensité du travail, la faiblesse du soutien social favorisent la passivité civique ou l'inclination pour un modèle autoritaire¹⁷⁵. La progression du vote FN (RN) à l'hôpital n'est donc pas un phénomène spécifique. Le travail demeurant central dans les sociétés contemporaines, il est compréhensible que son expérience engendre des attitudes politiques qui débordent les frontières des organisations.

RENONCER

Toutefois, comme l'a montré Hirschman, la prise de parole (*voice*) est susceptible d'être affaiblie par la possibilité de faire défection (*exit*)¹⁷⁶. Outre son expression la plus dramatique (le suicide sur le lieu de travail), on constate que la défection prend des formes différentes selon la catégorie soignante. Chez les médecins hospitaliers, dont les revenus sont confortables, il peut s'agir du départ à la retraite anticipé. Pour les spécialités en tension (radiologie et imagerie médicale, anesthésie-réanimation), la tentation sera de fuir des conditions de travail dégradées et des salaires relativement modestes (au regard du secteur privé) vers les cliniques. Cette possibilité de défection permet à des spécialités rares d'obtenir des rémunérations

élevées pour le secteur public : 91 091 euros annuels pour l'anesthésie-réanimation, 83 224 euros pour la radiologie, contre, par exemple, 70 642 euros pour la pédiatrie ou 45 641 euros pour l'ophtalmologie (chiffres 2009), tout en sachant que les deux premières spécialités voient leur rémunération doubler dans le secteur privé¹⁷⁷. De même, en raison de l'état des rapports de force sur le marché du travail, les infirmières (tout comme les masseurs-kinésithérapeutes et les manipulateurs d'électroradiologie médicale) peuvent mettre en concurrence les employeurs, les plus fraîchement diplômées privilégiant les gros établissements, puis les établissements privés (qui proposent plus fréquemment des CDI que les établissements publics). Certaines optent aussi pour l'intérim, qui peut être plus rémunérateur et donner plus de souplesse en matière d'aménagement du temps de travail. Cette mobilité oblige les directions hospitalières à faire des concessions pour les fidéliser, en proposant des rémunérations ainsi que des modalités de gestion du temps et des carrières attractives¹⁷⁸. Du reste, les exigences salariales se mêlent souvent au souci des conditions de travail. Lorsque l'on n'a plus l'impression de pouvoir réaliser son travail dans les règles de l'art et qu'on voit en outre se creuser la différence entre sa rémunération et celle de collègues perçus comme moins méritants mais exerçant dans le privé, faire défection devient compréhensible.

On observe également une augmentation de l'absentéisme, qui atteint 10 % dans certains établissements, en particulier les plus gros. Le phénomène, qui affecte d'ailleurs les trois fonctions publiques, peut être considéré comme une stratégie à cheval entre la défection et la protestation contre la dégradation des conditions de travail, contre aussi le manque de reconnaissance et de soutien de la hiérarchie. Quelques chiffres sont éloquentes : si l'on prend celui des arrêts maladie de plus de trente jours sur l'année, 12 % des enseignants sont

concernés, contre 26 % des agents de la fonction publique territoriale et 28 % des agents de la fonction publique hospitalière. Et, au sein de cette dernière, la pratique concerne 40 % des aides-soignantes, 33 % des infirmières et 10 % des médecins. La fréquence des arrêts maladie est clairement liée à l'exposition aux risques physiques ou psychosociaux¹⁷⁹. Pourtant, les directions d'établissement, le ministère de la Santé et les agences publiques s'alarment assez peu de ces chiffres. Au contraire, ils ont tendance à considérer l'absentéisme comme une déviance individuelle qu'il convient de combattre par différents procédés : rétablissement du jour de carence, retardement délibéré de l'instruction des dossiers jusqu'à l'instauration de primes de « présentéisme », culpabilisation et stigmatisation de salariés qui reporteraient leurs états d'âme sur des collègues déjà en tension... Contemporaine de l'intensification du travail et de la précarisation de l'emploi, la notion même d'absentéisme amalgame des situations très hétérogènes (congés maternité, fréquents dans un monde hospitalier très féminisé, ou arrêts maladie dont les durées sont variables) et est lourde de présupposés. Elle renvoie à une gestion à courte vue – parfois punitive – des absences : rappels sur repos, création d'équipes d'infirmières de suppléance, recours croissant à l'intérim, etc.¹⁸⁰. Il convient de souligner la portée entropique – ou, si l'on préfère, le cercle vicieux – de l'absentéisme, qui tend à casser les solidarités au sein des équipes : les présents doivent assurer la part d'activité des absents, ce qui contribue à dégrader l'ambiance de travail et donc à favoriser de nouvelles absences.

Enfin, l'accélération du *turn-over* entre les services d'un même établissement est un dernier exemple de défection : en effet, la dégradation des conditions de travail met à mal les collectifs et suscite parfois une « mauvaise ambiance » pouvant conduire certains à penser que l'herbe est plus verte ailleurs.

UNE LOYAUTÉ RÉSIGNÉE

Face à la misère de position et de condition que connaissent beaucoup de membres du personnel hospitalier, la prise de parole et la défection sont des attitudes relativement dénuées d'ambiguïté. Mais est-ce à dire que ceux qui n'y recourent pas se montrent loyaux (*loyalty*) à l'endroit de leur établissement, voire adhèrent aux orientations néomanagériales des pouvoirs publics? Rien n'est moins sûr. La fidélité muette peut recouvrir des attitudes et des mobiles très différents, allant de l'adhésion au devoir-faire en passant par le devoir-paraître. Il est possible, en nous appuyant sur les prolongements des travaux d'Hirschman¹⁸¹, de formuler quelques hypothèses, que tendent à corroborer les recherches empiriques portant sur les transformations en cours à l'hôpital.

Bien entendu, les réformes néomanagériales ont leurs défenseurs. Le corps des directeurs hospitaliers, élite rattachée depuis le début des années 2000 à la haute fonction publique, fait à l'évidence partie de ce groupe. Les directeurs généraux de CHU, autant par conviction que par mimétisme à l'égard des grands corps, ont même participé activement à l'élaboration des réformes, en particulier celle de 2009, qui les a couronnés comme patrons des établissements. Toutefois, on aurait tort d'extrapoler à l'ensemble du groupe ce qui constitue le propre de cette petite élite : des syndicats comme le CHFO (Cadres hospitaliers FO) et, dans une moindre mesure, le Syncass CFDT, dont sont membres beaucoup de directeurs d'hôpital, ont contesté les choix politiques de ces quinze dernières années, s'opposant ainsi au Syndicat des managers publics de santé (SMPS). Nombre de directeurs hospitaliers sont certes des artisans de la conversion managériale de leur établissement, mais ils sont loin d'en être des partisans, y compris parmi les jeunes générations, qui interrogent

de plus en plus le sens d'un métier d'intermédiation des contraintes – quant aux plus anciens, ils restent des « gens du public »¹⁸². Il en va de même des cadres de santé, qu'ils soient supérieurs ou de proximité, issus des rangs infirmiers. Paradoxalement, l'encadrement soignant a beaucoup souffert de la conversion managériale des hôpitaux : les effectifs des cadres supérieurs ont été décimés, et les cadres de proximité ont, au sein des nouveaux pôles médico-gestionnaires, subi de plein fouet la bureaucratiation néolibérale de l'hôpital, qui les éloignait toujours plus du terrain. Il n'est dès lors pas étonnant que la souffrance au travail progresse aussi dans cette strate de l'organisation hospitalière. Comme les directeurs, ils sont souvent des artisans du déploiement de la rationalité managériale sans en être des partisans. Ils participent bien à l'entreprise réformatrice mais passivement, sans zèle ni conviction, voire avec résignation¹⁸³.

Du côté des soignants, là encore certains participent activement à la managérialisation de l'hôpital, par exemple, pour les médecins, en investissant les responsabilités de chef de pôle (loyauté active). Les rapports différents aux réformes peuvent pour partie s'expliquer par les contenus de travail : les spécialités les plus biomédicales, techniques, standardisables, entretiennent des affinités électives avec la rationalité gestionnaire, au contraire des spécialités à forte densité prudentielle, dans lesquelles le patient, sa singularité et sa subjectivité occupent une place centrale (cas des soignants s'occupant de maladies chroniques ou de patients « médico-sociaux »)¹⁸⁴. Dans ces secteurs, la probabilité est forte de trouver des attitudes apathiques chez le personnel soignant (moindre investissement dans le travail, voire désinvestissement, grève du zèle, moindre engagement dans le collectif de travail, etc.) se traduisant, par exemple, par la manipulation des indicateurs dits « de performance ». C'est ainsi, par exemple, qu'est mobilisée l'image des

litres de solution hydroalcoolique vidés dans l'évier, produit dont la consommation a été érigée en indicateur de lutte contre les infections nosocomiales...

« GILETS JAUNES » ET BLOUSES BLANCHES

La situation actuelle de l'hôpital public (du moins d'un grand nombre d'hôpitaux) résulte donc aussi d'une difficulté à mobiliser massivement en faveur de cette cause. Cette difficulté est d'abord liée à la fragmentation interne de l'hôpital. Les hiérarchies, les spécialités, les fonctions y diffèrent fortement et rendent les effets de solidarité nécessairement moins mécaniques. Elle a aussi pour origine l'affaiblissement des collectifs, à cause de la dégradation des conditions de travail. Par ailleurs, l'objet précis des contestations constitue un autre obstacle. S'il est difficile de mobiliser le grand public contre une réforme nationale relativement abstraite, il apparaît plus concret et plus direct de s'insurger contre la fermeture d'un service d'urgence ou d'une maternité de proximité. Ces mobilisations localisées sont à la fois le signe d'un attachement effectif à l'hôpital public en tant que service public de proximité et la marque d'une fragmentation des forces.

Cela revient-il à dire que rien n'est possible et que l'hôpital public est condamné à subir les coups de boutoir des réformes et de l'orthodoxie budgétaire ? La mobilisation qui a émergé en octobre-novembre 2018 et qui a pris le nom de « mouvement des "gilets jaunes" » indique clairement qu'une mobilisation nationale questionnant des enjeux économiques et politiques amples peut se construire à partir d'individus éparpillés géographiquement, rencontrant des problèmes circonscrits et concrets. Par ce mouvement, le surgissement d'un « public fantôme¹⁸⁵ », blâmé jusqu'ici par les

habitué des mobilisations et les milieux militants et intellectuels pour son absence de réaction face aux réformes néolibérales, autorise à penser un horizon nouveau pour la défense des services publics. Partant du prix du carburant, la multitude des revendications portées par les « gilets jaunes » a fini par poser la question de la répartition des richesses et de l'accès aux services publics. Reprenant le concept d'Edward Palmer Thompson et tentant d'analyser sur le vif le « mouvement des "gilets jaunes" » (quand les médias ont préféré l'appellation « crise des "gilets jaunes" »), le chercheur Samuel Hayat propose de le penser comme l'actualisation et la formalisation de « l'économie morale des classes populaires¹⁸⁶ ». Cette économie morale porte en elle la revendication d'une vie décente et d'une plus juste répartition des richesses. La fragilisation de l'hôpital public peut aussi être conçue comme contraire à une économie morale dont l'hôpital public, qui représente la possibilité d'un système solidaire, est à la fois un des piliers et une des matérialisations. Nous pensons que ce système solidaire doit aussi, pour conserver tout son sens et sa portée politique, être universel. Dans cette optique, certaines revendications des « gilets jaunes » recelant une logique d'exclusion (vis-à-vis des déboutés du droit d'asile, par exemple) sont incompatibles avec ce projet. Néanmoins, l'horizon d'une alliance des « blouses blanches » et des « gilets jaunes » autour de la défense du service public et d'une égalité d'accès n'a rien de fantaisiste. Cette alliance s'est d'ailleurs déjà réalisée à certains endroits, comme à Saint-Junien¹⁸⁷ où 150 personnes vêtues de gilets jaunes ont défilé le 13 janvier 2019 en défense de l'hôpital public. Cette alliance a également opéré pour dénoncer les violences policières¹⁸⁸. En face, on soulignera l'obstination patentée de gouvernants désormais à bout de souffle, tenant mordicus à leur équation « moins d'impôts et moins de services publics ». Alors que le mouvement semble précisément

refuser cette solution en proposant de « faire payer les gros », le ministre de l'Économie et des Finances, Bruno Lemaire, à l'approche du Grand Débat, déclarait sur France Inter : « Ce débat qui va s'ouvrir va pouvoir ouvrir la question des dépenses de services publics prioritaires par rapport à d'autres. Le débat va permettre de demander aux Français : "Quelles dépenses publiques êtes-vous prêts à réduire pour baisser les impôts?"¹⁸⁹ ». Toujours la même rengaine.

CONCLUSION

Une politique à inventer

Une crise permanente, sans fin, n'est plus une crise. Constaté la permanence de la crise hospitalière nous renvoie au fait que l'hôpital, parce qu'il est une institution au cœur du pacte républicain et de l'État social, est un révélateur, au sens photographique du terme, des tensions et des contradictions sociales. À ce titre, l'Hôpital tout comme l'École, et donc leur personnel, connaissent les mêmes tourments : ils ploient sous le poids des attentes sociales et des exigences politiques, chargés qu'ils sont de résoudre la plus grande partie des maux d'une société secouée par la montée des inégalités, de la précarité et de la pauvreté. Ils doivent aussi répondre aux exigences croissantes des classes moyennes et supérieures tout en étant confrontés aux visées des intérêts économiques et industriels à la recherche de marchés particulièrement juteux et, bien entendu, à des pouvoirs publics dont l'agenda est dominé par la réduction des dépenses et des déficits publics.

Historiquement constitué en centre de gravité du système de soins français, l'hôpital public voit converger vers lui des besoins qui ne cessent d'augmenter et de se diversifier avec le vieillissement de la population et la transition épidémiologique, confrontant les acteurs du soin à la prise en charge de patients dits de plus en plus « lourds ». Ces derniers convergent d'autant plus vers les services d'urgence, les consultations externes ou les permanences d'accès aux soins de santé que les structures environnantes de l'hôpital (médecine libérale, cliniques

privées), de plus en plus régies par des logiques marchandes, tendent à se défausser sur lui des patients jugés non rentables, non solvables, ou dans certains cas trop pénibles. C'est ainsi que beaucoup de bénéficiaires de la couverture maladie universelle et de l'aide médicale d'État ont été victimes de refus de soins. Et pourtant, les décideurs politiques et administratifs, soucieux de se conformer aux exigences des marchés financiers et des règles budgétaires européennes, ont décidé, malgré ce contexte déjà tendu, de faire de l'hôpital public le principal contributeur du système de santé à la réduction du déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale. Comment résoudre cette quadrature du cercle, soigner toujours plus de patients, dont les pathologies s'alourdissent, avec des moyens financiers qui doivent à tout prix être réduits ? L'endettement a été, on l'a vu, un expédient qui s'est avéré à la longue particulièrement toxique, tout comme les fameux partenariats public-privé. Hélas, cette « solution » est devenue insoutenable économiquement et politiquement, puisque la dette a été progressivement construite en problème public prioritaire.

La grille de lecture organisationnelle de la « crise » hospitalière a donc trouvé une autre solution, présentée abusivement comme technique : faire porter le poids de l'ajustement sur les épaules du personnel – soignant en particulier – et de façon insidieuse sur celles des patients, en particulier les plus modestes, souvent incapables de négocier leur prise en charge avec des équipes en tension. Il a fallu aux réformateurs trouver une rhétorique susceptible de faire passer l'amère potion, car la réalisation d'économies budgétaires moyennant la stabilisation ou la réduction des effectifs et la dégradation de l'environnement matériel de travail n'est pas supposée susciter l'enthousiasme. Deux mots d'ordre se sont alors imposés : « efficacité » et « qualité ». Des soignants défendraient-ils un hôpital qui gaspille et délivre des soins de mauvaise qualité ?

Ces mots vagues appelaient nécessairement une opérationnalisation : ils ont servi de cheval de Troie à la rationalité managériale et à la technophilie des réformateurs.

L'hôpital public a été mis à mal au fil des dernières décennies et, malgré les effets rhétoriques du gouvernement d'Édouard Philippe et de sa ministre de la Santé¹⁹⁰, il n'y a aucune raison pour que ces choix politiques soient remis en cause dans les années qui viennent. Il faut en convenir toutefois, le problème est loin d'être simple. L'hôpital public est pris dans une série de tensions qui rendent la critique souvent lacunaire et parcellaire. Expliciter ces tensions et les reconnaître, c'est déjà rendre possible un horizon nouveau pour l'hôpital public. Cependant, cet horizon nouveau a peu à voir avec « l'hôpital du futur » tel qu'il est vendu par les élites hospitalières, les réformateurs, les experts consacrés et les industries de la santé. Cette opération marketing de projection a davantage de ressemblance avec le Salon de l'automobile qu'avec la défense du service public. Ces tensions, nous les avons exposées et analysées dans ce livre. Leur explicitation est l'étape préalable à un renforcement de la critique, qui doit elle-même pouvoir appuyer des mobilisations comme celle de la fin 2018 et du début 2019. Cette critique gagnera à affirmer clairement ses positions. Pour l'heure, nous en établissons cinq majeures :

1. Être critique de l'hospitalocentrisme n'est pas incompatible avec une demande de moyens accrus pour l'hôpital public. Les défenseurs de l'hôpital public sont très souvent accusés d'immobilisme et de déni face à la « révolution hospitalière » qui serait à l'œuvre dans tous les pays et qui prend le nom de « virage ambulatoire ». Dénoncer l'orthodoxie budgétaire n'équivaut pas à vouloir faire du « tout hôpital ». Au contraire, l'hôpital doit être soulagé d'une partie des missions qu'il assume actuellement, lesquelles gagneraient à être prises en charge en ville. Il doit s'ouvrir davantage sur son environnement et, en même

temps, revaloriser certaines des missions qui ont été sacrifiées au cours des dernières décennies : social, prévention et santé publique¹⁹¹. Bref, le décroisement défendu par la ministre de la Santé Agnès Buzyn est nécessaire, mais il ne suffira pas à donner un nouveau souffle à l'hôpital. D'autant plus que les moyens consacrés aux structures susceptibles de récupérer la charge dont l'hôpital serait allégé sont loin d'être suffisants. Il ne faudrait pas reproduire en grand la catastrophe qu'a été la désinstitutionnalisation (ou sectorisation) psychiatrique : le projet, fort louable, porté par des psychiatres engagés qu'indignait le terrible sort des « malades mentaux » pendant la Seconde Guerre mondiale, de soigner ces personnes au cœur de la cité a conduit à fermer de très nombreux lits dans les hôpitaux spécialisés ou généraux, mais sans que les pouvoirs publics fournissent les moyens nécessaires à une prise en charge de qualité extrahospitalière. Pour être réussi, ce virage suppose donc des investissements. Les dépenses à engager doivent bénéficier à la fois à l'hôpital (afin de faire face aux défis que posent les maladies chroniques, notamment en termes de prévention individualisée et de santé publique), mais aussi à la médecine de ville. En effet, le développement et le financement de centres de santé ou d'autres structures pluriprofessionnelles – offrant un cadre de travail collectif aujourd'hui recherché par la majeure partie des jeunes médecins libéraux¹⁹² – favoriserait leur constitution en un véritable service public de la santé de proximité (et pas seulement de soins), intégrant la prévention et les soins de premier recours. Si le desserrement de l'étau budgétaire doit se garder de verser, par principe, dans l'hospitalocentrisme, il faut craindre qu'en revanche la promotion, pour partie louable, du « virage ambulatoire » ne soit transformée par les élites politiques et bureaucratiques en opportunité de réduction comptable des dépenses. S'il fallait une illustration supplémentaire de ce risque, la récente étude

du ministère de la Santé sur l'inégale répartition géographique des sages-femmes, dont pourtant les effectifs ont fortement augmenté ces dernières années, est saisissante : 1,6 million de femmes, habitant dans environ 13 000 communes, très souvent rurales, n'ont pas accès à un praticien de cette spécialité¹⁹³. Ces déserts obstétricaux montrent deux choses : d'abord, que l'augmentation du nombre de professionnels ne suffit pas en soi à réduire les déséquilibres territoriaux – cela suppose de planifier l'offre de soins, et donc de contrevenir à la sacro-sainte liberté d'installation ; ensuite, que fermer les établissements hospitaliers (le nombre de maternités a diminué de 35 % entre 1995 et 2016) sans avoir construit au préalable un véritable service public de la santé de proximité est une faute politique et, osons le dire, morale. Autrement dit, la priorité en France est de réorganiser les soins de premier recours. Cela suppose du courage politique, tant les syndicats de médecins libéraux sont capables de se mobiliser rapidement et avec efficacité.

2. Critiquer la foi aveugle dans l'innovation, le numérique, la robotique ne revient pas à nier l'intérêt du progrès médical. De nombreuses innovations contribuent à l'amélioration des conditions de vie des patients. Il est évident également que la recherche médicale rend possible le développement de produits thérapeutiques de pointe permettant de guérir des maladies que l'on pensait incurables il y a quelques années encore. Cela n'est pas à remettre en question. Ce qui l'est en revanche, ce sont les formes de privatisation et de marchandisation de l'accueil et des soins que le développement exponentiel de cette multitude d'innovations engendre, ainsi que leurs conséquences sociales. Surtout, il convient d'être attentif à ce que ces innovations, dûment évaluées (afin d'éviter des produits inutiles et vendus cher par les industries de la santé), ne soient pas sources de nouvelles inégalités, sociales et territoriales. Or on ne dispose encore que de peu de connaissances sur l'usage

d'Internet en matière de santé, par exemple, et il n'existe aucune raison *a priori* d'écarter l'hypothèse selon laquelle les rapports socialement différents au corps, à la médecine et à la santé, mais aussi les inégalités sociales et générationnelles dans le domaine des usages des technologies de l'information et de la communication (la « fracture numérique ») peuvent se combiner pour produire de nouvelles formes d'inégalités¹⁹⁴.

3. Critiquer l'industrialisation du soin ne signifie pas nier l'importance de se doter de procédures standardisées et scientifiquement validées. La bureaucratisation vise aussi une égalité et une rigueur dans le traitement de chaque patient. La transparence qu'elle exige favorise la responsabilité des soignants et permet aux patients et à leur famille d'engager des poursuites en cas de faute grave ou de négligence. Mettre au jour et dénoncer les cadences et les charges de travail excessives du personnel hospitalier n'implique pas de négliger les patients, ni de reléguer au second plan leurs luttes pour un hôpital plus humain et plus respectueux. Bien au contraire. Mais les exigences de qualité dont se prévalent les gestionnaires ne peuvent être atteintes qu'à la condition que le personnel soit lui-même bien traité : des effectifs qui ne soient plus calculés sur le principe des flux tendus, une reconnaissance à la fois symbolique, matérielle et financière du travail accompli, des temps de repos observés et sanctuarisés, un respect des compétences, de l'expérience et des règles de métier, un encadrement à même de travailler au contact de ses équipes, des directions dont la carrière ne dépende plus prioritairement des résultats financiers de l'établissement dirigé mais plutôt des conséquences sanitaires et sociales... Les actions à engager ne manquent pas, et elles ne nécessitent pas toutes d'importants moyens supplémentaires. Ne raisonner qu'en termes de charges sociales et de dépenses de personnel revient à oublier que les atteintes du travail sur la santé du personnel, qu'elles

soient physiques ou mentales, ont un coût économique et social considérable. Vouloir rendre le travail toujours plus productif signifie aussi, certes, vouloir rendre le service public plus efficace, et il ne s'agit pas de s'y opposer. Mais cette politique se traduit aussi par des soins dégradés, des actes évitables, des conditions de travail largement détériorées, ou encore un absentéisme pour raisons de santé élevé (et dont on sait qu'il est en grande partie dû à des conditions de travail dégradées¹⁹⁵). À l'hôpital, comme dans les autres organisations publiques et privées, les forces progressistes doivent porter le projet d'un « travail libéré¹⁹⁶ ». Il existe déjà de nombreuses expériences en ce sens, par exemple les hôpitaux qualifiés de « magnétiques », c'est-à-dire attractifs du fait des bonnes conditions de travail et donc de qualité des soins. Et il n'y a pas de miracle, l'un des critères essentiels définissant ces hôpitaux est... un ratio de personnel élevé.

4. Critiquer la logique du profit et des *business plans* à l'hôpital n'équivaut pas à nier l'enjeu démocratique d'un usage responsable de l'argent public. L'hôpital public, parce qu'il vit d'un système solidaire et de dépenses collectivisées, doit justifier du bon usage des moyens qui lui sont alloués ; or les outils de gestion ne sont pas en soi maléfiques, ils permettent, comme le souhaitaient les gestionnaires des années 1980 et 1990, d'allouer au mieux les ressources, de ne pas trop donner à l'un tout en donnant assez à l'autre. Mais cet usage des instruments de gestion a été dévoyé au début des années 2000 par les réformateurs, qui se sont servis d'instruments comme la tarification à l'activité pour contraindre les dépenses et transformer les hôpitaux en usines à soins techniques et hyperspécialisés, avec pour principal objectif la rentabilité à tout crin. Si cette logique de rentabilité et de productivité a certes permis aux hôpitaux de regagner des parts de marché, elle a aussi conduit à des transformations néfastes des pratiques médicales

et des prises en charge, tout en marginalisant les missions sociales et de santé publique – financées par des dotations qui furent, à partir de 2010, pour partie gelées afin de redresser les comptes des hôpitaux. Ainsi en est-il de l'obstétrique : la tarification pousse à l'accélération de l'accouchement et au recours disproportionné à l'ocytocine de synthèse (pour provoquer l'accouchement) ou la césarienne. « Non aux usines à bébés ! », clamaient les sages-femmes des Bluets mobilisées en 2012. Les pouvoirs publics semblent avoir enfin saisi les effets pervers du « tout T2A » et montrent les signes d'une volonté de revenir en arrière en limitant le financement des soins par la tarification en médecine, en chirurgie et en obstétrique.

D'une façon générale, la T2A doit être réservée aux actes les plus techniques, standardisables et programmables de la médecine hospitalière (pose d'une prothèse de hanche ou opération de la cataracte, par exemple). Pour les soins aux malades chroniques – c'est-à-dire la part la plus importante des malades dans les années à venir –, d'autres modalités de financement sont nécessaires : dotation globale, forfait ou financement au parcours, autant d'instruments qui permettent une prise en charge intégrée, à la fois sociale, préventive, éducative (éducation thérapeutique) et médicale des malades chroniques. Partant, il s'agit aussi de financer des équipes pluriprofessionnelles transversales à la ville, à l'hôpital et au médico-social. Mais surtout, si d'autres modalités de financement sont nécessaires, elles ne serviront qu'à peu de choses tant que le montant des financements demeurera, lui, inchangé.

5. Enfin, critiquer la domination gestionnaire ne revient pas à réhabiliter la domination sans partage des médecins. Celle-ci allait – et va encore – de pair avec une violence symbolique forte à l'encontre des patients, des professions peu puissantes au sein de l'hôpital, des femmes et des étudiants en santé¹⁹⁷. Ces différentes formes de domination sont liées.

L'hôpital est un lieu où la sociologie des professions répond à un ordre économique et social bien défini. La grande majorité des médecins et des chirurgiens sont des hommes, avec de bons salaires, quand la très grande majorité des infirmières et des aides-soignantes sont des femmes, mal payées. Les tribunes récentes dénonçant le sexisme et le harcèlement sexuel à l'hôpital ne témoignent pas uniquement d'agissements individuels, elles sont la marque d'une domination genrée systémique, en grande partie due au pouvoir étendu des hommes médecins et le plus souvent couverte par les directions redoutant de voir l'« image » de leur hôpital ternie¹⁹⁸. Le paternalisme n'a pas disparu, la violence verbale et psychologique exercée par exemple sur des infirmières non plus ; il suffit pour s'en convaincre de regarder le documentaire diffusé en 2017 : *Dans le ventre de l'hôpital*¹⁹⁹. Les patients aussi, cantonnés dans une posture d'ignorants, contraints de s'en remettre au savoir du médecin, dépendants du temps que celui-ci daigne ou non prendre pour leur expliquer les choses ou élaborer avec eux le procédé thérapeutique, ont été victimes de cette domination. Les années 1970, jusqu'aux années 1990, ont radicalement changé la donne, « la grande révolte des malades » du sida²⁰⁰ ayant structurellement fragilisé l'omnipotence médicale. Loin d'avoir tout réglé, la dynamique mérite d'être poursuivie, notamment dans une optique de diminution des inégalités²⁰¹.

Contrairement à Lady Macbeth, nous ne dirons pas que « ce qui est fait ne peut être défait ». Tout système de santé est une construction sociopolitique au long cours qui présente de sérieuses tendances à l'inertie. Transformer un système de santé demande du temps, de la détermination et une ligne politique. Cette ligne ne peut être celle d'un retour aux origines, en l'occurrence celles du Conseil national de la Résistance. Non pas que les valeurs et principes de celui-ci doivent être

passés par-dessus bord, comme le demandait il y a dix ans Denis Kessler, alors directeur général d'AXA. Au contraire, ils demeurent essentiels : on ne transige pas avec l'universalité, l'égalité et la solidarité. Mais, si les fondateurs de la Sécurité sociale ont dû en 1945 opérer des compromis avec les mouvements mutualistes et la médecine libérale, ces compromis doivent aujourd'hui être remis en cause, ou au minimum faire l'objet d'un débat démocratique et d'un choix collectif. Une régulation publique plus contraignante est désormais nécessaire au vu des effets délétères du poids politique trop fort de ces acteurs. Nous pensons en particulier à la place croissante qu'occupent les complémentaires santé, dont le marché est pourtant foncièrement inefficace, inégalitaire et contre-productif du point de vue de la santé publique ; ou encore à la liberté d'installation des médecins libéraux, qui a créé des inégalités territoriales que ni les mesures incitatives à s'installer dans les déserts médicaux, ni le relèvement du *numerus clausus* ne parviendront à résorber ; ou, enfin, à la place marginale laissée à la prévention dans un système d'abord fait pour socialiser les soins médicaux.

Cette transformation doit intégrer les problématiques contemporaines : celle de l'écologie, bien sûr, l'environnement étant responsable de la plupart des maladies chroniques auxquelles l'hôpital doit répondre. La santé publique doit redevenir un enjeu prioritaire et, pour ce faire, l'hôpital doit demeurer une institution de lutte contre les inégalités de santé. L'autre grande problématique est la nécessité d'en finir avec la domination socio-économique, racisée ou de genre. Ainsi la présence des minorités au sein des professions les plus « nobles » de l'hôpital fait cruellement défaut. Par exemple, alors que la fonction publique compte 77 % de femmes, ce chiffre tombe à 43 % dans les directions d'hôpital²⁰². Dans le corps médical, en 2017-2018, pour 100 professeurs des

universités-praticiens hospitaliers nommés, seulement 28 % sont des femmes²⁰³. Les écarts de salaire viennent confirmer ces inégalités de position puisque, en 2013, le salaire net moyen d'une femme dans la fonction publique hospitalière est de 2 104 euros, contre 2 707 euros pour les hommes. La place des patients et des usagers doit aussi être sérieusement prise en compte, encore davantage qu'aujourd'hui : ils sont – nous sommes – une partie du remède contre la domination gestionnaire et la domination médicale. Cette transformation est possible. Les forces progressistes disposent d'une quantité de propositions et de réflexions. Tout bien pesé, le problème est plus politique qu'intellectuel : la santé doit enfin devenir un enjeu politique. Une réflexion de fond sur la captation des richesses publiques par des entreprises de santé (mutuelles, assurances, industries, cliniques, etc.) permettra enfin de balayer l'argument des caisses vides et des limites budgétaires.

Car « de l'argent, il y en a ! », scandent les défenseurs sincères de la Sécurité sociale et de l'hôpital public, invoquant par exemple les 80 à 100 milliards d'euros d'évasion fiscale ou encore les fraudes patronales aux cotisations sociales. C'est vrai. Cela dit, cet argument n'est qu'à moitié satisfaisant. En effet, il fait l'impasse sur les luttes dont la définition de la santé est l'objet. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En un sens, il s'agit de la définition du... bonheur ! À cette aune, la nation pourrait bien consacrer toute sa richesse à la Sécurité sociale qu'elle ne parviendrait toujours pas à atteindre un tel objectif. En fait, la sociologie et l'anthropologie de la santé ont montré que les sociétés développées étaient travaillées par une puissante dynamique de « médicalisation » et de « sanitarisation » du social. Autrement dit, aujourd'hui, qui veut se faire entendre doit recoder ses difficultés dans les

termes de la santé et de la maladie, comme le montre l'évolution du droit d'asile : obtenir une régularisation de sa présence sur le territoire français passe davantage, depuis les années 1980 – et ce même si cela semble aujourd'hui s'estomper – par des considérations sanitaires que par la démonstration de la persécution politique dont on a été la victime²⁰⁴.

La « crise » de l'hôpital public est aussi l'occasion d'interroger cette sanitarisation du social. La « crise » ne saurait être résolue par un principe d'homothétie : faut-il plus ou moins du même hôpital ? En réalité, elle est d'abord l'expression d'une impasse, comme l'avait pressenti Ivan Illich il y a plus de trente ans²⁰⁵ : reporter sur le système de soins la gestion des contradictions économiques et des tensions sociales propres au capitalisme est une stratégie vouée à l'échec. Nous avons dit que la résolution des difficultés de l'hôpital passait par la réforme de l'amont, à savoir la médecine de proximité. Être radical, au sens étymologique, supposerait de remonter à l'amont de l'amont et d'admettre une bonne fois pour toutes que si l'hôpital peut soigner beaucoup de choses, il ne peut en revanche guérir les maux du capitalisme.

NOTES

1. Emmanuel Macron, entretien avec Jean-Jacques Bourdin et Edwy Plenel, 15 avril 2018, BFM-TV/Mediapart.
2. Pétition « Hôpital public : pour en finir avec le toujours plus avec toujours moins », lancée par le Pr André Grimaldi, le Dr Anne Gervais et le Pr Jean-Paul Vernant, *Libération*, 15 janvier 2018.
3. L'image de « l'addiction à la dépense publique » a été explicitement utilisée par le Premier ministre d'Emmanuel Macron, Édouard Philippe, dans son discours de politique générale au Parlement, le 4 juillet 2017.
4. Voir Nicolas Belorgey, *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, 2010.
5. Voir François Béguin, « Le grand blues des directeurs d'hôpital », *Le Monde*, 23 avril 2018.
6. Voir par exemple Jérôme Le Maire, *Burning Out. Dans le ventre de l'hôpital*, 2015 ; Bernard Nicolas et Caroline Chaumet, *Hôpital à la dérive, patients en danger*, 2017 ; Thomas Lilti, *Hippocrate*, 2014.
7. De nombreuses enquêtes journalistiques attestent de cette situation, par exemple à Lyon : Jennifer Simoes, « Hôpital Édouard-Herriot. Aux racines du malaise », *Médiacité Lyon*, 16 mai 2018.
8. Voir Thomas Sannié, Claire Compagnon, *L'Hôpital, un monde sans pitié*, L'Éditeur, 2012. Il y aurait beaucoup à dire sur la position ambiguë de beaucoup d'associations de malades et d'usagers qui vivent essentiellement grâce aux fonds publics et, secondairement, sur celle des industriels de la santé et des mutuelles. Constatons simplement que, ces dernières années, les principaux porte-parole ont plutôt conforté les entreprises réformatrices au nom de la lutte contre les abus de pouvoir médicaux. Ces associations ne sont pas, d'une façon générale, une force autonome dans les luttes au sein du champ hospitalier.
9. <http://nbc.samu-urgences-de-france.fr/classement/index/index>
10. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Les Établissements de santé*, 2018.

11. Voir Engin Yilmaz, Salma Frikha, « Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009 », *Le Panorama des établissements de santé*, Drees, 2012.
12. Voir Catherine Pollak, Layla Ricoch, « Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions », *Études et Résultats*, Drees, 1038, 2017.
13. Voir Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, 2018, p. 83.
14. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, 2018, annexe 7, p. 16.
15. France Stratégie, « Où réduire le poids de la dépense publique ? », *Note d'analyse*, 74, janvier 2019.
16. Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski, Richard Torrielli (dir.), *L'Hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Éditions du Croquant, 2011.
17. Sébastien Gueix, « La politique des caisses vides. État, finance et mondialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 146-147, 2003.
18. Voir Wolfgang Streeck, *Du temps acheté. La crise sans cesse ajournée du capitalisme démocratique*, Gallimard, 2015 ; Benjamin Lemoine, *L'Ordre de la dette*, La Découverte, 2016.
19. Voir André Grimaldi, Yvanie Caillé, Frédéric Pierru, Didier Tabuteau (dir.), *Les Maladies chroniques. Vers la troisième médecine*, Odile Jacob, 2017.
20. Voir Philippe Batifoulier, *Capital santé*, La Découverte, 2014 ; Philippe Batifoulier, Nicolas Da Silva, Jean-Paul Domin, *Économie de la santé*, Armand Colin, 2018.
21. Voir Didier Fassin, *La Vie. Mode d'emploi critique*, Seuil, 2018.
22. Voir Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF, (1963) 2009.
23. Voir Jean-Paul Gaudillière, *La Médecine et les sciences, XIX^e-XX^e siècles*, La Découverte, 2006.
24. Nous nous appuyons ici principalement sur les travaux de Patrice Pinell : « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 2005, p. 4-36 ; « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50 (2), 2009, p. 315-349.
25. Voir Patrice Pinell, *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Métailié, 1992.

26. Voir Patrice Pinell, «La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870)», *op. cit.*
27. Voir Haroun Jamous, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, CNRS Éditions, 1969.
28. Voir Bruno Jobert, *Le Social en plan*, Les Éditions ouvrières, 1981.
29. Voir Marc-Olivier Déplaud, *La Hantise du nombre. Une histoire du numerus clausus de médecine*, Les Belles Lettres, 2015.
30. Dominique Laurent, *L'Activité libérale dans les établissements publics de santé*, rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 31 mars 2013.
31. Renaud Gay, *L'État hospitalier. Réformes hospitalières et formation d'une administration spécialisée en France (années 1960-années 2000)*, thèse pour le doctorat de science politique, université Grenoble-Alpes, 2018.
32. Voir le chapitre 3 de cet ouvrage.
33. Voir Christian Maillard, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'État*, Dunod, 1986.
34. Voir François-Xavier Schweyer, «Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital», *Revue européenne des sciences sociales*, 135, 2006, p. 45-60.
35. Voir Jean-Pierre Claveranne, Christophe Pascal, David Piovesan, «Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation», *Revue française des affaires sociales*, 3, 2003, p. 55-78.
36. Voir Pierre-André Juven, «Politique des coûts, politique des écarts. Étude d'une controverse métrologique sur les tarifs hospitaliers», *Gouvernement et action publique*, 5 (1), 2016, p. 35-62.
37. Voir Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud, «Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelles causalités?», *Questions d'économie de la santé*, 135, septembre 2008.
38. Voir *Actes de la recherche en sciences sociales*, «Le moment RGPP», 4 (194), 2012.
39. Voir Astrid Brousselle, Jean-Louis Denis, Ann Langley, *Que savons-nous des fusions d'hôpitaux?*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1999.

40. « Plus grand n'est pas toujours mieux. »
41. Voir John Posnett, « Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care », *British Medical Journal*, 319 (7216), 1999, p. 1063-1065.
42. François Lalande (dir.), *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années?*, rapport Igas, 2012, p. 4.
43. Tous ces chiffres sont tirés de : Pierre-Louis Bras, « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire? », *Les Tribunes de la santé*, 50, 2016, p. 67-91.
44. Voir Didier Tabuteau, Pierre-Louis Bras, *Les Assurances maladie*, PUF, 2012.
45. Jusqu'à présent, ce sont essentiellement des mesures incitatives qui ont été prises par l'Assurance maladie, l'État ou encore les collectivités territoriales pour tenter de remédier au problème des déserts médicaux qui s'étendent sur le territoire français. La loi Hôpital, patients, santé, territoires, de 2009, a par exemple tenté, dans sa version initiale, d'imposer une contribution forfaitaire aux médecins refusant de contribuer aux besoins des zones dans lesquelles l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à couvrir les besoins de la population, mais cette disposition a été abrogée par la loi Fourcade d'août 2011. Aussi, la Cour des comptes souligne un « bilan insatisfaisant » des mesures incitatives, telles que celle de l'avenant 20 à la convention médicale de 2005, qui prévoit une majoration de 20 % de leur rémunération pour les médecins généralistes exerçant en groupe dans une zone déficitaire en médecins : un coût élevé de 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires en 2010, qui « ne s'est traduit que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007. En outre, la majoration de 20 % a représenté en moyenne 27 000 euros par médecin concerné et a pu dépasser, pour l'un d'entre eux, 100 000 euros, ce qui conduit à s'interroger sur la réalité de l'activité correspondante et sur l'absence de plafonnement de l'aide » ; Voir Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 147-171.
46. Emmanuel Vigneron, *L'Hôpital et le territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent*, SPH Éditions, 2017.

47. Drees, «La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste», *Études et Résultats*, 1085, 2018.
48. Voir Pierre Bourdieu, *Contre-feux*, Raisons d'agir, p. 9.
49. Voir Pierre-André Juven, «Macron entend révolutionner le système de santé... à moyens constants!», *AOC*, 3 octobre 2018.
50. Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, *op. cit.*
51. Cité par : Christian Chevandier, *Infirmières parisiennes. 1900-1950. Émergence d'une profession*, Publications de la Sorbonne, 2011, p. 65.
52. En témoignent les notes trouvées dans les archives de la Direction des hôpitaux du ministère de la Santé des années 1960 (notes internes et notes de l'Igas). Voir Fanny Vincent, *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail « en 12 heures » à l'hôpital public*, thèse pour le doctorat de sociologie, université de recherche Paris Sciences et Lettres, 2016.
53. Voir par exemple Jean-Claude Moisson, Dominique Tonneau, Hervé Laborie, *Temps de travail des soignants et Organisation des services dans les hôpitaux et cliniques*, Rapport final de la Meah, 2006; Meah, *Gestion du temps de travail des soignants. Guide de bonnes pratiques organisationnelles*, 2009; Anap, *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé. Démarche méthodologique*, 2014.
54. Propos d'une consultante lors d'une conférence devant des directeurs d'hôpital consacrée aux amplitudes de travail et à la « *performance collective* », Paris, mars 2018.
55. Nicolas Belorgey, *L'Hôpital sous pression*, *op. cit.*
56. Voir Juan Sebastian Carbonell, « "Dix minutes, c'est rien." L'introduction d'un dispositif de rallongement horaire à Peugeot-Mulhouse », *La Nouvelle Revue du travail*, 12, 2018.
57. AP-HP, *Organisation du temps de travail. Dialogue social sur les modalités d'organisation du travail à l'AP-HP*, document d'orientation, 2015.
58. AP-HP, *Réforme de l'organisation et du temps de travail. Ce qui change. Ce qui ne change pas*, document de communication, 2015.
59. Voir Fanny Vincent, *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail « en 12 heures » à l'hôpital public*, *op. cit.*

- Voir aussi les enquêtes nationales sur les conditions de travail présentées dans l'encadré qui suit.
60. Voir Danièle Linhart, « Modernisation et précarisation de la vie au travail », *Papeles del CEIC*, 43, 2009.
 61. Voir Pierre-André Juven, « Politique des coûts, politique des écarts. Étude d'une controverse métrologique sur les tarifs hospitaliers », *Gouvernement et action publique*, 1 (1), 2016, p. 35-62.
 62. Nicolas Belorgey, *L'Hôpital sous pression*, op. cit.
 63. Voir Nicolas Belorgey, « "Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences". Une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189 (4), 2011, p. 16-33.
 64. Voir Hugo Bertillot, « Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur », *Sociologie du travail*, 58 (3), 2016.
 65. Voir Dominique Dupagne, *Qualité mon Q! Apprenez à résister à la domination déguisée en « démarche qualité »*, Books on demand, 2016, et en l'espèce son chapitre 8 : « Indicateurs : à force de mesurer, on finit par croire qu'on mesure quelque chose ».
 66. Voir Daniel Benamouzig, Magali Robelet, « Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital », *Quaderni*, 85, 2014, p. 67-84.
 67. Voir Hugo Bertillot, « Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital? Analyse sociotechnique d'une discrète quantification », *Revue française de socio-économie*, 2 (19), 2017, p. 131-152.
 68. Voir Valérie Boussard, *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Belin, 2008.
 69. Voir le chapitre 1.
 70. Voir Lydie Vinck, « Les expositions aux risques professionnels. Les contraintes organisationnelles et relationnelles. Enquête SUMER 2010 », *Synthèse Stat Dares*, 7, août 2014.
 71. Pour une synthèse de cette dégradation des conditions de travail, voir aussi (notamment le dernier chapitre) : Mihaï Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *L'Hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Liaisons sociales, 2013.

72. Voir Christophe Dejours, *Le Choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité*, Bayard, 2015.
73. Voir Marilyne Bègue, Amélie Mauroux, Eva Baradji, Céline Dennevault, « Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux? », *Dares analyses*, 82, décembre 2017.
74. Selon une enquête réalisée en 2017 par l'association Soins aux professionnels en santé, un quart des soignants auraient déjà eu des idées suicidaires du fait de leur travail au cours de leur carrière. Récemment, une association constituée à la suite du suicide sur son lieu de travail, en 2015, du professeur Jean-Louis Mégrien, cardiologue à l'hôpital Georges-Pompidou, a contribué à médiatiser les conséquences parfois dramatiques des pratiques de harcèlement et de « maltraitance institutionnelle » qui, selon elle, tendent à se banaliser dans les hôpitaux. Voir aussi : Christian Marescaux, Philippe Halimi, *Hôpitaux en détresse, patients en danger*, *op. cit.*
75. Haute Autorité de santé, *Revue de littérature. Qualité de vie au travail et qualité des soins*, janvier 2016.
76. Pour un panorama large de ces enquêtes et de leurs résultats, voir Samia Benallah, Jean-Paul Domin, « Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels? », *La Revue de l'Ires*, 1 (91-92), 2018, p. 155-183.
77. Voir Jennifer Bué, Thomas Coutrot, Sylvie Hamon-Cholet, Lydie Vinck, « Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail », *Premières informations, premières synthèses*, 01.2, Dares, 2007.
78. Voir Marilyne Bègue, Amélie Mauroux, Eva Baradji, Céline Dennevault, « Quelles sont les évolutions récentes... », *op. cit.*
79. Voir Samia Benallah, Jean-Paul Domin, « Réforme de l'hôpital... », *op. cit.*
80. Voir Thomas Coutrot, « Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016 », *Document d'études*, Dares, 217, mars 2018.
81. Haute Autorité de santé, *Revue de littérature. Qualité de vie au travail et qualité des soins*, *op. cit.*
82. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2014*, 2016.

83. Article 7 du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
84. Voir Fanny Vincent, *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail « en 12 heures » à l'hôpital public, op. cit.*
85. Voir l'audition à l'Assemblée nationale, le 18 septembre 2014, de Frédéric Valletoux, président de la FHF ; voir aussi Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (Adress), Association française des directeurs des soins (AFDS), « Mémoire sur les horaires en 12 heures », octobre 2014 ; Bernard Bonne, *Rapport d'information sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)*, 341, mars 2018, Bibliothèque des rapports publics, La Documentation française.
86. Voir le chapitre précédent.
87. Voir Robert Salais, « Instrumentaliser la connaissance à des fins politiques : vers l'a-démocratie », *Politiques et management public*, 31 (4), 2014, p. 377-383.
88. Voir Frédéric Pierru, « L'« hôpital-entreprise » : Une *self-fulfilling prophecy* avortée », *Politix*, 12 (46), 1999, p. 7-47.
89. Voir Béatrice Hibou, *La Bureaucratization du monde à l'ère néolibérale*, La Découverte, 2012.
90. Voir Fabian Muniesa, Liliana Doganova, Horacio Ortiz, Álvaro Pina-Stanger, Florence Paterson, Alaric Bourgoïn, Véra Ehrenstein, Pierre-André Juven, David Pontille, Basak Saraç et Guillaume Yon, *Capitalization: A Cultural Guide*, Presses des Mines, 2017.
91. Frédéric Lordon, Pépita Ould-Ahmed, *Généalogie du sujet économique. La « morale du marché » entre contrainte de paiement, responsabilité et sanction*, Rapport Caisse des dépôts et consignations, 2003, p. 2.
92. Jean-Paul Domin, *Une histoire économique de l'hôpital*, La Documentation française, 2014, II, p. 115.
93. *Ibid.*, 2014, p. 117-121.
94. Christian Chevandier, *L'Hôpital dans la France du xx^e siècle*, Perrin, 2009, p. 277.

95. Voir Valérie Boussard, *Sociologie de la gestion, les faiseurs de performance*, *op. cit.*
96. Voir Pierre-André Juven, « Gouverner avec tact et mesure. L'ajustement des budgets hospitaliers à la marge (1983-2003) », *Sociologie du travail*, 59 (2), 2017.
97. Voir Caroline Coq-Chodorge, « Hôpital : l'absurde rente de la dialyse », *Mediapart*, 16 décembre 2016.
98. « Agnès Buzyn : "Sur l'hôpital, nous sommes arrivés au bout d'un système" », *Libération*, 11 décembre 2017.
99. Voir Pierre-André Juven, « Produire l'information hospitalière. Du codage des dossiers au gouvernement de l'activité », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7 (4), 2013, p. 815-835 ; Pierre-André Juven, « "Des trucs qui rapportent". Enquête ethnographique autour des processus de capitalisation à l'hôpital public », *Anthropologie & Santé*, 16, 2018.
100. François Béguin, « À l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, la tarification à l'activité a permis d'embaucher des médecins », *Le Monde*, 27 février 2018.
101. Voir Benjamin Lemoine, *L'Ordre de la dette. Enquête sur les infortunes de l'État et la prospérité du marché*, La Découverte, 2016.
102. Voir François Chesnais, *Les Dettes illégitimes. Quand les banques font main basse sur les politiques publiques*, Raisons d'agir, 2011.
103. Voir Pierre-André Juven et Benjamin Lemoine, « Le marché sur de bons rails. Chantage à la dette et charcutage comptable à la SNCF », *Revue française de socio-économie*, 2 (19), 2017, p. 9-17.
104. Assemblée nationale, *Rapport sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux*, sous la présidence de Claude Bartolone, 2011, p. 57.
105. Cour des comptes, *Rapport annuel*, 2018, p. 281.
106. Voir Béatrice Majnoni d'Intignano, « Emprunts toxiques des hôpitaux : qui est responsable? », *Le Monde*, 17 avril 2015.
107. Assemblée nationale, *Rapport sur les produits financiers à risque [...]*, *op. cit.*, p. 58.
108. Cour des comptes, *Rapport annuel*, 2018, p. 285.
109. Gilles Gaubert, cité dans le rapport de Gisèle Biémouret pour l'Assemblée nationale, *Sur la dette des établissements publics de santé*, 2015, p. 22.

110. Cour des comptes, *Rapport annuel*, 2014, I, p. 369.
111. Catherine Le Gall, Benjamin Adam, « Piège en béton », *La Revue dessinée*, 11, 2016.
112. Étienne Lefebvre, Grégoire Poussielgue, Solveig Godeluck, « Marisol Touraine : “En 2017, le ‘trou de la Sécu’ aura disparu” », *Les Échos*, 22 septembre 2016.
113. Assemblée nationale, *Sur la dette des établissements publics de santé*, rapport présenté par Giselle Biémouret, 2015, p. 40.
114. Cour des comptes, *Rapport annuel*, 2017, p. 479-507.
115. Compte rendu de la commission d'enquête sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux, mercredi 5 octobre 2018, 8, 2011, p. 8.
116. Sur ce point, on lira avec attention l'analyse de Yanis Varoufakis sur la Grèce et la création de ce qu'il appelle « *le Renflouistan* », considérant qu'il aurait mieux valu « *regarder le bon côté de la faillite* » : Yanis Varoufakis, *Conversations entre adultes. Dans les coulisses secrètes de l'Europe*, Les Liens qui libèrent, 2017, p. 28-61.
117. Voir Pierre-André Juven, Benjamin Lemoine (dir.), « Politiques de la faillite », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 221-222, 2018, p. 4-19.
118. Voir Liisa Kurunmäki, Andrea Mennicken, Peter Miller, « Économicisation et démocratisation de la faillite : inventer une procédure de défaillance pour les hôpitaux britanniques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 221-222, 2018, p. 80-99.
119. Ivan Sainsaulieu, Arnaud Saint-Martin (dir.), *L'Innovation en eaux troubles. Sciences, techniques, idéologies*, Éditions du Croquant, 2017.
120. Voir Benoît Godin, « The linear model of innovation. The historical construction of an analytical framework », *Science, Technology and Human Values*, 31 (6), 2006, p. 639-667.
121. Voir Isabelle Bruno, *À vos marques®, prêts... cherchez! La stratégie européenne de Lisbonne, vers un marché de la recherche*, Éditions du Croquant, 2008 ; Isabelle Bruno, « Ne cherchez plus, innovez ! », *Revue française de socio-économie*, 1 (11), 2013, p. 9-14.
122. Édouard Couty, « L'innovation en santé », *ADSP*, 39, juin 2002, p. 1.

123. Christophe Marques, Nicolas Bouzou, *Hôpital: libérer l'innovation*, Fondation pour l'innovation politique, février 2017.
124. Intervention de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, pour l'ouverture de la première Journée nationale de l'innovation en santé, 23 janvier 2016.
125. Voir le site Internet : <http://www.fondsfhf.org/>
126. André Syrota, Olivier Charmeil, *5 propositions pour la médecine du futur. Un enjeu majeur pour la France*, avril 2017.
127. Intervention de Marisol Touraine pour l'ouverture de la première Journée nationale de l'innovation en santé, *op. cit.*
128. « *Implant Files: La "valeur en santé", machine d'influence de Metronic* », *Secrets d'info*, France Inter, 15 décembre 2018. <https://www.franceinter.fr/emissions/secrets-d-info/secrets-d-info-15-decembre-2018>
129. Voir Laetitia Chernel, *Comment un industriel prend pied dans les hôpitaux français*, France Inter, 28 novembre 2018. <https://www.franceinter.fr/economie/comment-un-industriel-prend-pied-dans-les-hopitaux-francais>
130. André Syrota, Olivier Charmeil, *5 propositions pour la médecine du futur, op. cit.*
131. Intervention de Marisol Touraine pour l'ouverture de la première Journée nationale de l'innovation en santé, *op. cit.*
132. https://www.tech-brest-iroise.fr/Actualite%c3%a9s-Around-Innovation_-_Connecter-sa-salle-d%e2%80%99attente_-_Jeune-pousse-du-Technop%c3%b4le-2872-2468-0-0.html
133. Voir le billet d'une patiente : Pauline P., « La médecine-SMS selon Macron/Buzyn : si vous souffrez, tapez 1 », *Le Blog de Pauline_P*, 8 juin 2018 ; <https://blogs.mediapart.fr/paulinep/blog/070618/la-medecine-sms-selon-macronbuzyn-si-vous-souffrez-tapez-1>
134. Voir le site Internet : <https://nouveau.com/fr/entreprise/>
135. Voir Pierre-André Juven, « La valeur des médicaments : calculs et controverses », in Patrick Castel, Pierre-André Juven, Audrey Vézian (dir.), *Les Politiques de lutte contre le cancer en France. Regards sur les pratiques et les innovations médicales*, Presses de l'EHESP, 2019, p. 179-198.
136. Igas-IGF, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, 2014, p. 1.

137. *Ibid.*, p. 4.
138. Voir Pierre-André Juven, « Produire l'information hospitalière. Du codage des dossiers au gouvernement de l'activité », *op. cit.*
139. Voir Évelyne Cash, Roland Cash, Catherine Dupilet, « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », *Solidarité et Santé*, Drees, 21, 2011.
140. Voir Pierre-André Juven, « “Des trucs qui rapportent” [...] », *op. cit.*
141. Charlotte Chabas, « La chirurgie ambulatoire n'est pas une “solution miracle” pour les finances des hôpitaux », *Le Monde*, 10 janvier 2018.
142. Pauline P., « La médecine-SMS selon Macron/Buzin... », *op. cit.*
143. Pierre Bienvault, « Va-t-on trop loin avec la chirurgie ambulatoire ? », *La Croix*, 28 septembre 2017.
144. Margaux Jaulent, « Les hôtels hospitaliers. Quelles opportunités pour le système de santé ? », *Gestions hospitalières*, 548, 2015.
145. Margaux Jaulent, « Enjeux et réflexions autour de la mise en place d'un hôtel hospitalier à l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades (AP-HP) », mémoire de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), 2015, p. 32.
146. *Ibid.*, p. 15.
147. Voir Dominique Marchetti, *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, Presses universitaires de Grenoble, 2010.
148. François Jarrige, *Techno-critiques. Du refus des machines à la contestation des technosciences*, La Découverte, 2016 [2014], p. 351.
149. Voir Ivan Illich, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Seuil, 1975 ; Roland Gori, Marie-José Del Volgo, *La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Denoël, 2005 ; Pascal Chabot, *Global Burn-out*, PUF, 2013 ; David Noble, *Le Progrès sans le peuple. Ce que les nouvelles technologies font au travail*, Agone, 2016 [1993].
150. Voir Florent Champy, *Nouvelle Théorie sociologique des professions*, PUF, 2011.
151. Voir le chapitre 5.

152. Voir André Grimaldi, Yvanie Caillé, Frédéric Pierru, Didier Tabuteau (dir.), *Les Maladies chroniques. Vers la troisième médecine, op. cit.*
153. Reproduit dans François Grémy (dir.), *La Réforme Debré, un tiers de siècle après. Actes du colloque de Caen*, Presses de l'École nationale de la santé publique, 1996.
154. Le statut de FFI est réservé aux médecins étrangers hors Union européenne. Ces médecins FFI constituent une main-d'œuvre bon marché (1 365 euros net mensuels) à laquelle les directions hospitalières ont eu recours pour faire face à la fois au renforcement de la contrainte budgétaire et à la diminution du *numerus clausus*. 44 000 médecins étrangers exerçaient en France en 2014.
155. Voir Frédéric Lordon, *Les Affects de la politique*, Seuil, 2016.
156. L'encadrement supérieur connaît une baisse drastique de ses effectifs, ce qui conduit mécaniquement à transférer ses tâches à l'encadrement de proximité. Voir Sophie Divay, Charles Gadéa, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, 128, 2008, p. 677-687.
157. Véronique Auslender (dir.), *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Michalon, 2017.
158. Christian Marescaux, Philippe Halimi, *Hôpitaux en détresse, patients en danger*, Flammarion, 2018.
159. Voir Luc Rouban, « L'enquête électorale française : comprendre 2017 », Cevipof, *Note*, 46, octobre 2017.
160. *Ibid.*
161. Ce taux s'explique par la forte syndicalisation du monde de l'enseignement, de la recherche ou encore des métiers de la police et de la défense. Voir Maria Teresa Pignoni, « La syndicalisation en France. Des salariés deux fois plus syndiqués dans la fonction publique », *Dares analyses*, 25, mai 2016.
162. Voir Ivan Sainsaulieu, « La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle? », *Revue française de sociologie*, 53 (3), 2012, p. 461.
163. *Ibid.*, p. 470.
164. *Ibid.*, p. 476.
165. Pierre Bourdieu, *Homo academicus*, Éditions de Minuit, 1984.
166. Pour plus de détails, voir Frédéric Pierru, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisme néolibéral de

- l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire en France», in Béatrice Hibou (dir.), *La Bureaucratization néolibérale*, La Découverte, 2013, p. 203-230.
167. Patrick Hassenteufel, *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 1997.
168. C'est le cas d'André Grimaldi, un diabétologue investi dans la défense de l'hôpital public qui a acquis ce savoir-faire dans la mouvance trotskyste en 1968, et du professeur Bernard Granger, psychiatre lui aussi très investi dans le syndicalisme médical.
169. Voir Albert O. Hirschman, *Défection et prise de parole*, Fayard, 1995.
170. Voir Luc Rouban, « L'enquête électorale française : comprendre 2017 », *op. cit.*
171. Voir Ivan Sainsaulieu, « Le syndicalisme à l'hôpital : sociologie d'une insatisfaction », *Les Tribunes de la santé*, 1 (18), 2008, p. 83-94.
172. Cette fatigue professionnelle accompagnée d'une exaspération pouvant se traduire par un vote ou une inclination pour l'extrême droite se retrouve chez d'autres catégories similaires, comme les pompiers. Voir à ce sujet Romain Pudal, *Retour de flammes. Les pompiers, des héros fatigués?*, La Découverte, 2016.
173. Voir Gérard Mauger, Willy Pelletier (dir.), *Les Classes populaires et le FN. Explications de votes*, Éditions du Croquant, 2016.
174. Luc Rouban, *Quel avenir pour la fonction publique*, La Documentation française, 2017, p. 127.
175. Thomas Coutrot, « Travail et bien-être psychologique [...] », *op. cit.*, p. 34 et suiv.
176. Albert O. Hirschman, *Défection et prise de parole*, *op. cit.*
177. Pour un panorama des rémunérations des professionnels de santé, voir Laurence Hartmann, « Les revenus des médecins : analyse rétrospective 2003-2013 », in Jean de Kervasdoué (dir.), *Les Revenus des professions de santé*, Economica, 2014, p. 69-110.
178. Voir François-Xavier Schweyer, « Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes », *Revue française d'administration publique*, 132 (4), 2009, p. 727-744.
179. Luc Rouban, *Quel avenir pour la fonction publique*, *op. cit.*, p. 112.

180. Voir Sophie Divay, « Les précaires du *care* ou les évolutions de la gestion de l'«absentéisme» dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, 77, 2010, p. 87-109.
181. Voir Patrick Lehingue, « La *loyalty*, parent pauvre de la trilogie conceptuelle d'A. O. Hirschman », in Josepha Laroche (dir.), *La Loyauté dans les relations internationales*, L'Harmattan, 2011 [nouvelle édition].
182. Voir Mihăi Dinu Gheorghiu, Frédéric Moatty, *L'Hôpital en mouvement*, *op. cit.*, chap. 1.
183. Voir Guy Bajoit, « Exit, voice, loyalty... and apathy », *Revue française de sociologie*, 29 (2), 1988, p. 325-345.
184. La notion de prudence renvoie à la *phronesis* aristotélicienne et a été récemment exploitée par Florent Champy pour élaborer le concept de profession à pratique prudentielle : Florent Champy, *Nouvelle Théorie sociologique des professions*, *op. cit.*
185. Walter Lippmann, Bruno Latour, *Le Public fantôme*, Demopolis, 2008.
186. Samuel Hayat, « Les Gilets jaunes, l'économie morale et le pouvoir », blog de l'auteur, accessible en ligne : https://samuel-hayat.wordpress.com/2018/12/05/les-gilets-jaunes-leconomie-morale-et-le-pouvoir/#_ftn7
187. Delphine-Marion Boulle, « Haute-Vienne : gilets jaunes des villes et des champs main dans la main pour défendre l'hôpital de Saint-Junien », France Bleu Drôme Ardèche, 13 janvier 2019 : <https://www.francebleu.fr/infos/societe/haute-vienne-gilets-jaunes-des-villes-et-des-champs-main-dans-la-main-pour-defendre-l-hopital-de-1547398704>
188. <http://aupsante.fr/lettre-des-hospitaliers-aux-gilets-jaunes>
189. <https://www.franceinter.fr/emissions/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien-03-janvier-2019>
190. « Vous avez raison : l'hôpital fonctionne aujourd'hui comme une entreprise. C'est exactement ce que ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale est en train de faire évoluer. Aujourd'hui, les hôpitaux cherchent des parts de marché ; ils cherchent à faire de l'activité pour être rentables. C'est pourquoi j'ai proposé dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale de sortir progressivement de la tarification à l'activité des hôpitaux, de façon à ne pas favoriser une course effrénée

- à la recherche de patients et d'actes. C'est tout l'objectif de la réforme que je souhaite mener, afin de valoriser ceux qui font bien et non pas ceux qui font uniquement du chiffre», réponse de la ministre de la Santé au député Alain Brunel, séance de l'Assemblée nationale du 24 octobre 2017.
191. Voir Philippe Mossé, *Une économie politique de l'hôpital - contre Procuste* -, L'Harmattan, 2018.
 192. À ce propos, voir notamment : Nathalie Lapeyre, Magali Robelet, « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques*, 1(14), 2007, p. 19-30 ; Géraldine Bloy, « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 2011, p. 9-28.
 193. Blandine Legendre, Clémence Aberki, Hélène Chaput, Gaëlle Gateaud, « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », *Études et Résultats*, Drees, 1100, 2019 ; https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1100.pdf.
 194. Voir Joëlle Kivits et al., « Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences et discuter les enjeux », *Santé publique*, 21, hs2, 2009, p. 5-12.
 195. Voir Emma Davie, « Absence pour raisons de santé et lien avec les conditions de travail dans la fonction publique et le secteur privé », *Faits et chiffres*, 21, 2015 ; https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports_annuels/2015/RA2015_dossier_1.pdf ; voir aussi : Catherine Pollak, Layla Ricroch, « Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions », *op. cit.*
 196. Thomas Coutrot, *Libérer le travail. Pourquoi la gauche s'en moque et pourquoi ça doit changer*, Seuil, 2018.
 197. Voir Valérie Auslender (dir.), *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, *op. cit.*
 198. Voir Cécile Andrzejewski, *Silence sous la blouse*, Fayard, 2019.
 199. Jérôme Le Maire, *Burning Out. Dans le ventre de l'hôpital*, *op. cit.*

200. Steven Epstein, *Histoire du sida*, t. II *La Grande Révolte des malades*, Les Empêcheurs de penser en rond, 2001.
201. Voir Collectif, « Quand la santé décuple les inégalités », *Agone*, 58, 2016.
202. Ministère de la Fonction publique, *Chiffres-clés 2015 de l'égalité professionnelles entre les femmes et les hommes dans la fonction publique*.
203. Jonathan Herchkovitch, « 130 médecins demandent plus de femmes parmi les PU-PH », *What's Up Doc?*, 28 décembre 2018.
204. Didier Fassin, *La Vie. Mode d'emploi critique*, Seuil, 2018.
205. Ivan Illich, *Nemesis médicale*, *op. cit.*

TABLE DES MATIÈRES

- 7 Introduction : Aux grands maux les grands remèdes
Les « causes profondes », 7. – D'une « crisologie » à l'autre, 13.
– De réformes en faillites, de faillites en réformes, 15.
- 19 Un colosse aux pieds d'argile
Le grand partage de 1958, 22. – Une institution sous le contrôle
de l'État, 29. – Les cliniques, nouveau modèle des élites réforma-
trices, 35. – Misère des modes managériales à l'hôpital, 38. – Le
mirage du « virage ambulatoire », 41.
- 49 Rationalisation du travail, industrialisation des soins
Le soin et le chronomètre, 52. – Travail soignant, travail indus-
triel?, 59. – Le soin malmené, 64. – Des soignants précarisés, 66.
– Consentir pour tenir : le cas du travail en 12 heures, 71. – Quel
soin pour quel hôpital?, 76.
- 79 De l'autonomisation à la faillite
Le temps des calculs et de la raison gestionnaires, 85. – La rentabi-
lité à l'ordre du jour, 87. – Toxique autonomie, 92. – La construc-
tion politique de la faillite, 96. – Faillite de la faillite, 100.
- 103 Technophilie hospitalière
La diffusion d'un paradigme : *doxa* gestionnaire et *doxa* techno-
phile, 107. – Technicisation, robotisation, fascination, 115. – Les
« doubles dividendes », 121. – Les critiques de « l'hôpital du futur »
sont-ils de méchants technophobes? 128.
- 133 Un impossible soulèvement ?
Les raisons de la colère hospitalière, 137. – Des mobilisations spo-
radiques qui tendent cependant à s'intensifier, 140. – La politisa-
tion de la colère hospitalière, 145. – Renoncer, 148. – Une loyauté
résignée, 151. – « Gilets jaunes » et blouses blanches, 153.
- 156 Conclusion : Une politique à inventer
- 169 Notes

- Pierre Bourdieu, *Sur la télévision*, suivi de *L'Emprise du journalisme*, 1996
- Serge Halimi, *Les Nouveaux Chiens de garde* (1997), nouvelle édition actualisée et augmentée, 2005
- Areser (Association de réflexion sur les enseignements supérieurs et la recherche), *Diagnostics et remèdes urgents pour une université en péril*, 1997
- Julien Duval, Christophe Gaubert, Frédéric Lebaron, Dominique Marchetti, Fabienne Pavis, *Le « Décembre » des intellectuels français*, 1998
- Pierre Bourdieu, *Contre-feux. Propos pour servir à la résistance contre l'invasion néolibérale*, 1998
- Keith Dixon, *Les Évangélistes du marché* (1998), nouvelle édition actualisée et augmentée, 2008
- Jacques Bouveresse, *Prodiges et vertiges de l'analogie*, 1999
- Loïc Wacquant, *Les Prisons de la misère*, 1999
- Keith Dixon, *Un digne héritier*, 2000
- Frédéric Lordon, *Fonds de pension, piège à cons ? Mirage de la démocratie actionnariale*, 2000
- Laurent Cordonnier, *Pas de pitié pour les gueux. Sur les théories économiques du chômage*, 2000
- Pierre Bourdieu, *Contre-feux 2. Pour un mouvement social européen*, 2001
- Rick Fantasia et Kim Voss, *Des syndicats domestiqués. Répression patronale et résistance syndicale aux États-Unis*, 2003
- Frédéric Lordon, *Et la vertu sauvera le monde... Après la débâcle financière, le salut par l'« éthique » ?*, 2003
- Christian de Montlibert, *Savoir à vendre. L'enseignement supérieur et la recherche en danger*, 2004

- Pierre Tévanian, *Le Voile médiatique. Un faux débat: «l'affaire du foulard islamique»*, 2005
- Pierre Rimbert, *Libération de Sartre à Rothschild*, 2005
- Éric Hazan, *LQR. La Propagande du quotidien*, 2006
- Bernard Convert, *Les Impasses de la démocratisation scolaire*, 2006
- Tariq Ali, *Quelque chose de pourri au Royaume-Uni. Libéralisme et terrorisme*, 2006
- Marie Bénilde, *On achète bien les cerveaux. La publicité et les médias*, 2007
- Julien Duval, *Le Mythe du «trou de la Sécu»*, 2007
- Raoul-Marc Jennar et Laurence Kalafatidès, *L'AGCS. Quand les états abdiquent face aux multinationales*, 2007
- Hervé Do Alto et Pablo Stefanoni, *Nous serons des millions. Evo Morales et la gauche au pouvoir en Bolivie*, 2008
- Alexis Spire, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, 2008
- Frédéric Lordon, *Jusqu'à quand? Pour en finir avec les crises financières*, 2008
- Walter Benn Michaels, *La Diversité contre l'égalité*, 2009
- François Denord et Antoine Schwartz, *L'Europe sociale n'aura pas lieu*, 2009
- Yves Gingras, *Propos sur les sciences*, 2010
- Laurent Cordonnier, *L'Économie des Toambapiks. Une fable qui n'a rien d'une fiction*, 2010
- Noam Chomsky, *Réflexions sur l'université, suivies d'un entretien inédit*, 2010
- François-Xavier Devetter et Sandrine Rousseau, *Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, 2011
- P.É.C.R.E.S. *Recherche précarisée, recherche atomisée. Production et transmission des savoirs à l'heure de la précarisation*, 2011

- François Chesnais, *Les Dettes illégitimes. Quand les banques font main basse sur les politiques publiques*, 2011
- Rémi Lefebvre, *Les Primaires socialistes. La fin du parti militant*, 2011
- Franck Poupeau, *Les Méaventures de la critique*, 2012
- Alexis Spire, *Faibles et puissants face à l'impôt*, 2012
- Ben Fine et Alfredo Saad-Filho, *Ca-pi-tal! Introduction à l'économie politique de Marx*, 2012
- Michael Hardt et Antonio Negri, *Déclaration. Ceci n'est pas un manifeste*, 2013
- Yves Gingras, *Les Dérives de l'évaluation de la recherche. Du bon usage de la bibliométrie*, 2014
- Collectif Acides, *Arrêtons les frais! Pour un enseignement supérieur gratuit et émancipateur*, 2015
- Gaëtan Flocco, *Des dominants très dominés. Pourquoi les cadres acceptent leur servitude*, 2015
- Patrick Champagne, *La Double Dépendance. Sur le journalisme*, 2016
- Bruno Tinel, *Dettes publiques: sortir du catastrophisme*, 2016
- François Denord et Paul Lagneau-Ymonet, *Le Concert des puissants*, 2016
- Étienne Ollion, *Métier: député. Enquête sur la professionnalisation de la politique en France*, 2017
- Dominique Lorrain, *L'urbanisme 1.0. Enquête sur une commune du Grand Paris*, 2018
- Laurent Kestel, *En marche forcée. Une chronique de la libéralisation des transports: SNCF, cars Macron et quelques autres*, 2018
- Bruno Amable et Stefano Palombarini, *L'Illusion du bloc bourgeois. Alliances sociales et avenir du modèle français*, 2018

Les manuscrits non publiés ne sont pas renvoyés.