



La modernisation de l'hôpital public en France : de l'ingression technocratique dans la nouvelle gouvernance hospitalière

Thomas Denise

► To cite this version:

Thomas Denise. La modernisation de l'hôpital public en France : de l'ingression technocratique dans la nouvelle gouvernance hospitalière. La technocratie en France. Une nouvelle Classe dirigeante ?, Editions Le bord de l'eau, pp.87-97, 2015, Documents, 978-2-356-87397-2. hal-02464398

HAL Id: hal-02464398

<https://hal.science/hal-02464398>

Submitted on 5 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La modernisation de l'hôpital public en France : de l'ingression technocratique dans la nouvelle gouvernance hospitalière

Par Thomas Denise¹

« Stratégie », « pilotage », « management », « planification », « benchmarking », « gestion », « audits », « évaluation »... Depuis plusieurs années, l'hôpital public français est enclin à une profonde transformation. La série de réformes engagée au début des années 1980, dans un contexte de crise économique et face à un fonctionnement hospitalier jugé inflationniste, façonne depuis plus de quarante ans le visage de l'hôpital moderne. Quarante ans de réformes qui, pour la plupart, ont suivi la même ambition d'optimisation de l'activité hospitalière pour offrir un service de « qualité » dans un cadre de maîtrise des dépenses. Les dernières réformes en date, notamment la Tarification à l'Activité² (T2A) et la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires³ (HPST), ont achevé de poser les bases d'un « hôpital-organisation » qui interroge le modèle d'un « hôpital-institution »⁴. Ce sont là deux projets qui se rencontrent : le premier, porteur de rationalisation, est défini et déployé par les autorités publiques non sans réticences de la part de la population hospitalière ; le second, fondé sur l'autorité médicale, sanctionne l'hôpital en un lieu de soins, de recherche et d'innovation médicale. En somme, avec la *nouvelle gouvernance hospitalière*, mesure phare du Plan Hôpital 2007, c'est autant l'autorité médicale que l'organisation hospitalière et son activité qui sont remis en question. Sur fond de diffusion généralisée du *New Public Management*, l'hôpital moderne emprunte au monde de l'entreprise ses dispositifs de gestion, de management et de planification⁵. La notion même de gouvernance n'est pas laissée au hasard. Si la « *governance* » renvoie aux notions de pilotage et de gestion, c'est aussi une « manière de gouverner, [l'] exercice du pouvoir pour gérer les affaires nationales »⁶. En l'occurrence avec la nouvelle gouvernance hospitalière, la manière d'exercer un pouvoir sur les affaires de l'hôpital laisse entrevoir un rapport de domination fondé sur la capacité des autorités publiques à penser et à dire le « vrai ».

¹ Doctorant en sociologie. Chercheur associé au centre de recherche Risques & Vulnérabilités CERREV | Université de Caen Normandie

² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, parue au Journal officiel de la République Française (JORF) n° 293 du 19 décembre 2003 page 21641, texte n° 1.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, parue au JORF n° 0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1.

⁴ Herreros, G. « L'hôpital à l'épreuve des réformes », *Socio-anthropologie* [En ligne], 21 | 2007, mis en ligne le 26 novembre 2008.

⁵ Pour n'en citer que quelques uns ; on retrouve parmi les nouveaux outils de management hospitalier des dispositifs d'accréditation, d'évaluation médico-économique, d'analyse des pratiques professionnelles, de gestion des risques hospitaliers ou encore, de mesure de la satisfaction des usagers. Cf. Belorgey, *L'Hôpital sous pression : enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, 2010.

⁶ Rey A., Rey-Debove J. (dirs.), *Dictionnaire Le Robert*, 2007.

Le déploiement progressif de dispositifs techniques commandés par les autorités publiques, invoqué au nom de l'intérêt général et inscrit dans un double projet de rationalisation de l'activité hospitalière et d'efficience économique invite à réinterroger l'évolution du système hospitalier au prisme de l'action technocratique. En effet, la réorganisation de l'hôpital (à travers la nouvelle gouvernance) et la redéfinition de son activité (dans le cadre de la loi HPST) font écho aux principes de l'action technocratique d'interpénétration des mondes du public et du privé, de définition et de programmation des contraintes⁷, de primauté de l'expertise, et finalement, de production d'un imaginaire technocratique⁸. Dans ce cadre se dessinent les contours d'une action technocratique à l'hôpital ou, autrement dit, d'une « technocratisation » de l'hôpital.

1. L'émergence de l'hôpital moderne et la maturation technocratique

1.1. De l'euphorie hospitalière à l'encadrement des dépenses

L'action technocratique à l'hôpital trouve ses origines au début des années 1980 dans un contexte de crise économique nécessitant un encadrement des dépenses publiques. Cette étape constitue un point d'entrée à la rationalisation de l'activité hospitalière sanctionnant la fin d'une période d'euphorie hospitalière marquée par les Trente Glorieuses.

L'hôpital moderne est né d'une multitude de réformes entreprises dès les années 1940 : la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics et son décret d'application daté de 1943⁹ posent les bases de l'hôpital moderne. Celui-ci, traditionnellement réservé aux indigents, devient le lieu de l'assistance aux malades. Avec la création de la sécurité sociale, établie par l'ordonnance du 4 octobre 1945, qui ouvre l'accès aux soins à l'ensemble de la population, l'hôpital public connaît une forte augmentation de sa fréquentation doublée d'une diversification de son activité. Mais c'est l'ordonnance du 30 décembre 1958 relative à la création de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui consacre l'hôpital en tant qu'établissement sanitaire porté par l'autorité médicale. La réforme initiée par Robert Debré accouche d'une médecine exclusive hospitalo-universitaire portée par la création du temps plein médical. Celui-ci permet aux médecins de se consacrer pleinement à leur triple activité de praticiens hospitaliers, d'enseignement et de recherche médicale. Les CHU concentrent alors une large part de l'activité médicale en assurant des soins curatifs, préventifs et éducatifs.

Avec la création de la sécurité sociale et la réforme dite « Debré », l'hôpital d'après-guerre se caractérise par la primauté de l'activité médicale dans les CHU appuyée par la garantie d'une offre de soins ouverte à l'ensemble de la population.

Fort de son développement durant les années 1960-1980, l'hôpital public devient un pilier du système de santé français. Durant les années de croissance économique, qui permettent un

⁷ Juan S. « Une interprétation sociologique de l'action technocratique », in *Les Temps Modernes*, n° 483, 1986.

⁸ Juan S. « Qu'est-ce que la technocratie ? », in *Dictionnaire des risques*, Dupont Y. (dir.), Paris : Armand Colin, 2003.

⁹ Décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

développement de la médecine et de la recherche hospitalo-universitaire, est adoptée la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970¹⁰ instaurant le Service public hospitalier (SPH). Tourné vers l'intérêt général, l'hôpital moderne « assure les examens de diagnostic, le traitement – notamment les soins d'urgence – des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel ». L'Article 3 précise que le service public hospitalier est assuré par les établissements publics de santé comme par les établissements privés qui en font la demande auprès des autorités publiques. Autre élément majeur de la réforme, la création de la carte sanitaire. Piloté en amont par l'Etat, ce dispositif consiste en la planification du développement des établissements de santé selon les besoins des régions. L'Article 47 indique que « la carte sanitaire sert de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service hospitalier ». Cette optimisation du parc hospitalier réalisée en fonction de l'équipement médical des établissements publics et privés tend vers un processus de rationalisation de l'activité hospitalière à travers le principe nouveau de planification.

Le choc pétrolier de 1973 et la crise économique qui s'ensuit annoncent la fin de l'euphorie hospitalière. Alors que le taux de croissance annuel moyen des dépenses hospitalières continue sa progression (plus de 15% d'augmentation de 1970 à 1984¹¹), le Produit intérieur brut (PIB) français se dégrade¹². Dans ce contexte, la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale est adoptée pour enrayer la croissance des dépenses hospitalières. S'amorce alors une nouvelle orientation pour les hôpitaux, orientation pilotée par les autorités publiques : l'encadrement des dépenses de santé.

1.2. Les prémices de l'action technique à l'hôpital (1983-1996)

La promulgation de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale sanctionne un changement majeur dans le mode de financement des hôpitaux :

« Art. 5. Le budget des établissements d'hospitalisation publics est un acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles de ces établissements. Il détermine les moyens qui permettent à l'établissement de remplir les missions du service public prévues à l'article 2 de la loi susvisée du 31 décembre 1970, compte tenu de ses objectifs médicaux et de ses prévisions d'activités. Les autorisations des dépenses et les prévisions de recettes sont votées par le conseil d'administration sur proposition du directeur puis approuvée par l'autorité de tutelle avant le 1^{er} janvier de l'exercice auquel elles se rapportent »

Avec cette nouvelle mesure, le budget des hôpitaux est calculé sur la base des dépenses réalisées l'année précédente servant de cadre de référence et imposant le principe d'objectifs budgétaires. Ce mode de financement s'appuie sur un nouvel outil de mesure de l'activité hospitalière basée sur le coût moyen de prise en charge de la pathologie : le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Introduit dans la gestion hospitalière à

¹⁰ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, parue au JORF du 3 janvier 1971 p. 67.

¹¹ <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/donnees-de-cadrage/hopital/depenses-et-evolutions.html>

¹² Le taux de croissance du PIB en volume passe de 6,1% en 1970 à 1,5% en 1984 selon l'INSEE.

l'initiative de Jean de Kervasdoué¹³, familier des sciences économiques et de gestion, le PMSI « est fortement inspiré par les *Diagnosis Related Groups* (DRG) qui commencent à être mis en place aux Etats-Unis à cette époque. On peut d'ailleurs remarquer que leur principal 'inventeur' Robert Fetter (de l'université de Yale) a participé à un colloque organisé par Jean de Kervasdoué en 1979 »¹⁴. Cette réforme renforce le processus de rationalisation engagé quelques années auparavant en modifiant le versant financier de l'activité hospitalière. Accompagné par l'introduction des sciences de gestions à l'hôpital, l'économisme de la santé est voué à se développer.

C'est dans cette même dynamique que la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière¹⁵ introduit le management hospitalier comme une autre innovation majeure dans l'organisation interne des hôpitaux¹⁶. L'article L.710-4 précise à ce propos que « les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité ». En somme, « la loi du 31 juillet 1991 a donc fait, de ce qui était jusqu'ici une simple aspiration à la qualité des soins pouvant être prodigués par un établissement de santé quelconque, un droit légitime du consommateur de soins français, droit assorti, en sus, d'une obligation de contrôle objectif de cette qualité. La recherche de la qualité des soins passe désormais par la mise en œuvre d'actions d'évaluation systématiques des pratiques professionnelles médicales et soignantes »¹⁷. Dans le cadre d'un *New public management* – ou « nouvelle gouvernance publique » – en pleine expansion, cette réforme instaure l'évaluation des soins en fonction d'objectifs programmés dans le Schéma régional d'offre de santé (SROS).

Cette dynamique se renforce peu après, en 1996, avec la « réforme Juppé » qui vise à l'amélioration des performances hospitalières par l'instauration d'un processus d'accréditation. L'ordonnance du 24 avril 1996¹⁸ consacre ainsi l'intégration de nouveaux dispositifs de gestion empruntés au monde de l'industrie dans le milieu hospitalier. Elle instaure la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Les ARH ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et d'en définir les ressources. Elles prennent ainsi la

¹³ Jean de Kervasdoué est ingénieur agronome, ingénieur du génie rural et des eaux mais également diplômé d'un Master of Business Administration (MBA) et docteur en philosophie. Après avoir été consultant à la direction des affaires scientifiques de l'OCDE (1972-1973) puis chargé de recherche à l'Ecole Polytechnique (1973), il occupe un poste de Responsable des études économiques à l'assistance publique de Paris (1975-1979) avant d'être nommé Directeur des hôpitaux au ministère de la Santé (1981-1986). Depuis 1997, il est Professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) (*Who's who in France*, Dictionnaire biographique, 2012, p. 1179).

¹⁴ Hassenteufel, « Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politiques », in *Socio-logos. Revue de l'Association Française de Sociologie* [En ligne], 9 / 2014, mis en ligne le 11 mars 2014.

¹⁵ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, parue au JORF n°179 le 2 août 1991, page 10255.

¹⁶ Molinié, *L'Hôpital public en France : bilan et perspectives*, Etude du Conseil Economique et Social, 2005.

¹⁷ Douguet, Munoz et Le Boul, « Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur l'activité des personnels soignants », in *Études et document de travail*, n°48, DREES, 2005, pp. 36-37.

¹⁸ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, parue au JORF n° 98 du 25 avril 1996.

forme d'appareils institutionnels servant à la planification et à l'optimisation de l'activité hospitalière. L'ANAES quant à elle est chargée « de favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles [et] de mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé mentionnée à l'article L. 710-5 » (Art. L. 791-1). Il s'agit, d'une part, de planifier l'activité hospitalière pour en déterminer le coût, et, d'autre part, d'inciter les établissements de santé à s'inscrire dans une démarche qualité normative soumise à évaluation. Planification et évaluation concentrent l'activité organisationnelle de l'hôpital. Ce qui se joue dans l'ombre de la réorganisation est une tension, un conflit entre deux modèles techniques : celui d'une médecine scientifique aux tendances inflationnistes et un autre, gestionnaire et managérial animé par un désir de rationalisation de l'activité hospitalière.

1.3. La nouvelle gouvernance hospitalière (1996-2012)

Les « années de l'encadrement », inscrites dans un plus vaste processus de « bureaucratisation du monde »¹⁹, permettent la maturation d'une action technocratique à l'hôpital. Les sciences de gestion, l'économie de la santé et le management sont invoqués pour enrayer l'inflation hospitalière. L'innovation et le développement de nouveaux dispositifs techniques inspirés du monde de l'entreprise sont de mise dans la recherche de l'accroissement de la productivité et de la maximisation des profits. C'est dans ce contexte que les réformes ultérieures viennent consacrer le « tout organisation » de l'hôpital moderne, devenu « établissement de santé », où le travail de soin prend la forme d'une « production » ou d'une « offre » de soins à destination d'usagers-clients plutôt que de patients.

Le Plan Hôpital 2007²⁰, programme de modernisation découpé en trois volets, est présenté le 20 novembre 2002 à l'Assemblée Nationale par Jean-François Matteï, alors Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. L'ambition du plan est de restructurer le système hospitalier par la mise en place d'un nouveau mode de financement incitatif, la relance de l'investissement en biens immobiliers et en équipements hospitaliers, ainsi que par la réorganisation de la gestion interne des hôpitaux. Il s'agit de responsabiliser les acteurs et de dynamiser la production des soins par l'incitation économique. Jean-François Matteï annonçait alors :

« Je souhaite changer cela et redonner ambition et espoir à l'hôpital, à travers la mise en œuvre de principes simples : la confiance et la responsabilité partagée. Cela nécessite un dispositif d'accompagnement spécifique notamment en matière d'investissement et d'incitation à la recomposition du paysage sanitaire. Enfin, cela suppose de moderniser complètement les modalités du fonctionnement interne de l'hôpital : alléger les contraintes de toute nature, redonner de la souplesse, de l'ouverture, de la capacité d'innovation et d'adaptation à des structures qui peuvent être aujourd'hui tentées par le repli sur soi. (...) Moderniser l'hôpital

¹⁹ Rizzi, [1939] 1976, cité par Hibou, *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, Paris : Ed. La Découverte, 2012, p. 22.

²⁰ Initialement, il s'agit du « Pacte de modernité pour l'hospitalisation ».

c'est également instaurer une culture du résultat et de la qualité, cela impose préalablement une clarification des rôles et des responsabilités²¹ ».

Une des mesures phares du Plan Hôpital 2007 concerne le mode de financement des hôpitaux. Le dispositif de financement dit « Tarification à l'Activité » (T2A) introduit en 2003²², consiste en l'application d'une logique de résultats – plutôt qu'une logique de moyens – à travers laquelle le taux d'activité détermine les dépenses hospitalières. Il s'agit d'une politique de rendement qui suppose une forme de *business plan*²³ et qui, s'inspirant des modes de financement des hôpitaux privés, consacre en partie « le tournant néolibéral de la politique hospitalière²⁴ ». De sorte que, si la santé n'a pas de prix, son coût est désormais la priorité. D'une logique inflationniste portée par l'autorité médicale et orientée vers le développement des soins au service des usagers, l'hôpital se tourne vers une logique de marché fondée sur l'économie et la gestion, invoquée pour la même raison mais dont la préoccupation principale est la maîtrise des dépenses. Un des changements majeurs amorcés par cette réforme réside dans « la disqualification des expertises jusqu'alors considérées comme légitimes, celles des « professions » historiques de l'Etat social, au profit d'expertises concurrentes et privées – comme celle des cabinets de conseil – dans la conduite de l'action publique »²⁵. Avec la disqualification de l'expertise médicale dans l'organisation hospitalière c'est aussi un renversement symbolique qui s'opère dans l'appréhension de l'activité hospitalière inscrite dans une logique de marché, d'offre et de demande de soins.

Portée par les autorités publiques, cette diffusion d'une logique de marché dans l'activité de soins et de son administration, accompagnée d'une organisation hospitalière « d'entreprise », est renforcée en 2009 avec la promulgation de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires. Celle-ci instaure la création des Agences régionales de santé (ARS) chargées principalement de la sécurité sanitaire, de l'organisation de l'offre de soins, de la gestion du risque et de la qualité des établissements, du pilotage de l'amélioration des pratiques professionnelles ou encore de la répartition territoriale des personnels de santé. Ces agences de « planification » soumises à l'autorité des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, servent de relais aux autorités publiques définissant les grandes orientations sanitaires. En somme, la gouvernance des hôpitaux prend

²¹ L'intégralité du discours est disponible à l'adresse suivante : <<http://www.sante.gouv.fr/hopital-2008-discours-de-j-f-mattei.html>>.

²² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, parue au JOFR n° 239 du 19 décembre 2003 page 21641, texte n°1.

²³ Grimaldi, « Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ? », in *Revue du MAUSS*, n° 41, 2013.

²⁴ Pierru, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant : le tournant néolibéral de la politique hospitalière », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012/4 n° 194, 2012, p. 34. Frédéric Pierru ne manque pas de rappeler que la T2A est le produit d'une « petite équipe de spécialistes en économie industrielle et de “qualiticiens” de l'université de Yale dirigée par Robert Fetter, convaincue qu'il y aurait beaucoup de bénéfices à tirer de l'importation à l'hôpital des technologies gestionnaires appliquées dans l'industrie » (Pierru, 2012, p. 35). On retrouve dans la T2A, en tant que dispositif technique développé par un groupe d'expert en économie industrielle, une forme de l'action technocratique résidant dans le monopole d'un nombre restreint d'acteurs aux orientations technico-économiques à diffuser pensée et outils techniques au nom de « l'intérêt général ».

²⁵ Pierru, 2012, p. 33.

une forme bureaucratique²⁶ de grande envergure : la programmation sanitaire définie par les autorités publiques « savantes » est relayée et contrôlée par une diversité d'appareils décentralisés jusque dans les hôpitaux.

Finalement, l'évolution du système hospitalier français de la deuxième moitié du XX^e siècle s'appréhende en deux temps. D'abord fondé sur un modèle médical inflationniste dans un contexte de croissance économique, l'hôpital se développe dans un deuxième temps au prisme d'un ékonomisme de la santé imposant un modèle d'entreprise invoqué pour l'optimisation de l'activité. Les innovations récentes en termes de gestion et d'organisation de l'activité hospitalière témoignent d'une rationalisation accrue fondée sur la compétence de l'expertise gestionnaire. Aussi c'est sur décision des autorités publiques en contact avec une diversité d'acteurs familiers de l'économie de la santé, des sciences de gestions et du management (Pierru, 2012), que l'hôpital public français emprunte la voie de la technocratie.

2. L'empreinte technocratique à l'hôpital

2.1. La gouvernance par l'expertise

L'expertise est devenue le maître mot à l'hôpital. L'activité hospitalière se déploie dans un cadre régulé défini par des commissions d'experts œuvrant pour la qualité de l'offre de soins. Depuis plusieurs années, les pratiques médicales et paramédicales font ainsi l'objet d'un renforcement normatif. La prolifération des normes à l'hôpital se présente comme un effet des politiques de gestion et de management. Ces politiques introduisent une logique de marché et une proximité avec le principe de *satisfaction client*. Si le dispositif de normalisation emprunté au monde de l'entreprise vise officiellement à l'amélioration de la qualité en se centrant sur les pratiques et leur évaluation, il conduit dans le même temps à l'ingression²⁷ d'un modèle fondé sur l'expertise.

L'Organisation Internationale de Normalisation (ISO) a activement participé à la diffusion d'une politique de *management* de la qualité avec l'élaboration et la diffusion des normes de la famille ISO 9000. Formulées par le comité technique ISO-TC 176, les normes ISO 9000 sont présentées comme « des normes techniques d'application volontaire qui confèrent une valeur ajoutée à tous les types d'activités économiques. Les normes ISO contribuent à la diffusion des technologies et des bonnes pratiques d'entreprise »²⁸. Spécifiquement entrepris pour répondre aux besoins du marché, « les travaux sont réalisés par des experts des secteurs industriels, techniques ou économiques qui ont demandé les normes en question et qui les appliquent par la suite. À ces experts peuvent s'associer d'autres spécialistes comme les représentants d'agences gouvernementales, d'organisations de consommateurs, des milieux universitaires et de laboratoires d'essais »²⁹. Bien qu'initialement réservé au monde du privé, ce système de

²⁶ Crozier, *Le phénomène bureaucratique*, Paris : Seuil, « Points Essais », 1963. Notamment en ce qui concerne le développement de règles et d'objectifs impersonnels, le cloisonnement hiérarchique ainsi que la centralisation des centres décisionnels.

²⁷ Au sens ancien d'entrer dans.

²⁸ ISO, *Choisir et Appliquer. La famille ISO 9000* : Genève, 2009.

²⁹ ISO, *op.cit.*, 2009.

management s'est également diffusé dans l'administration publique avec l'émergence du *new public management* au cours des années 1990.

Si les établissements de santé peuvent demander à être certifiés ISO 9000, ce qui leur confère une « plus-value » qualitative, ils sont d'abord tenus de répondre aux exigences définies par les autorités publiques proférant leur propre système de *management* de la qualité. C'est dans ce cadre que la démarche d'accréditation hospitalière est instaurée en 1996 avec l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996³⁰. Bien qu'elle prenne le nom de « certification » en 2004, le principe reste sensiblement le même. Il s'agit pour la Haute Autorité de Santé (HAS) d'évaluer la qualité des prestations « offertes » par les établissements de santé. Les hôpitaux sont soumis à l'obligation de s'engager tous les quatre ans dans une « procédure de certification » définie par l'HAS. La certification se fait le témoin du *new public management* appliqué à l'hôpital dans la composition de ses axes d'évaluation : management stratégique de l'établissement ; management des ressources (humaines, financières, d'informations, logistiques et environnementales) ; management de la qualité et de la sécurité des soins ; prise en charge du patient³¹. Effectuée par des experts-visiteurs mandatés et formés par la HAS, la visite de certification donne ensuite lieu à la rédaction d'un rapport qualifiant ou disqualifiant les établissements. Selon le rapport établi par les experts-visiteurs, les établissements sont tenus d'adopter un plan d'action de réajustement suivi d'une contre-visite des experts de la HAS pour évaluer l'engagement de l'établissement. En somme, si la démarche se présente comme une mesure de gestion des nécessités financières et qualitatives, elle prend également la forme d'une programmation de contraintes normatives commandées par les autorités publiques³², redéfinissant l'activité hospitalière fondée sur le principe d'expertise.

2.2. La logique technocratique : l'exemple des normes et des protocoles

Concrètement, la gestion et le management des soins sont introduits par les autorités publiques comme les items d'un nouveau modèle culturel hospitalier redéfinissant le travail des personnels soignants³³. Tenus d'ajuster leurs pratiques, ils sont exclus du processus d'élaboration des normes qui définissent leurs cadres de travail.

Depuis les années 2000, dans un contexte de démarche qualité, l'élaboration des « recommandations de bonnes pratiques » (RBP) prend la forme d'une démarche complexe potentiellement décourageante pour les personnels ou usagers des établissements de santé non-initiés à la procédure. D'abord conduite par un « groupe de travail » constitué de 15 à 20 personnes³⁴, le premier temps de l'élaboration des recommandations consiste en une recherche bibliographique, en une critique de la littérature ainsi qu'en la rédaction de la recommandation. Dans un deuxième temps, un « groupe de lecture » composé de 30 à 50 professionnels de la

³⁰ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, parue au JORF n° 98 du 25 avril 1996 p. 6324.

³¹ HAS, *Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, 2011.

³² Juan, *op.cit.*, 1986.

³³ Il s'agit ici des personnels paramédicaux.

³⁴ Personnels médicaux, praticiens, chirurgiens ou pharmaciens composent majoritairement les groupes d'élaboration et d'évaluation des recommandations.

santé ou usagers réalise une étude de la recommandation élaborée par le « groupe de travail ». Le déroulement de la procédure d'élaboration comprend quatre phases : une phase de revue systématique en forme de synthèse de la littérature, une phase de rédaction de la version initiale des recommandations, une phase de lecture ainsi qu'une phase de finalisation³⁵. C'est dans ce cadre que, d'outils potentiels pour la professionnalisation des soignants leur permettant de formaliser un savoir en compétence professionnelle³⁶, les systèmes de recommandations³⁷ prennent progressivement la forme d'outils techniques visant à la rationalisation des pratiques. Leur emploi invoqué pour améliorer l'offre de soins concrétise ainsi « l'ambition de l'organisation 'rationnelle' de la médecine (...) de faire passer celle-ci de l'artisanat à l'industrie grâce à des techniques de management »³⁸. Dans les unités de soins, les cadres de santé veillent, non sans mal, à l'institutionnalisation des recommandations. Sur prescription des directions d'établissements, relayant elles-mêmes les injonctions des autorités publiques, les cadres de santé procèdent à la mise en place de dispositifs participatifs incitant les personnels à « s'approprier », selon le terme couramment employé par les équipes d'encadrement, les normes et les recommandations techniques. Cette démarche « d'appropriation » prend forme dans la mise en place de réunions d'information ou d'actualisation des protocoles et dans la constitution de groupes de travail impliquant les soignants dans l'élaboration de nouveaux protocoles de service. Juridiquement, les personnels de santé sont tenus de satisfaire à l'obligation de développement professionnel continu. L'Article 59 de la loi HPST précise que cette démarche a pour « objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé »³⁹. Dans la continuité de cette logique « d'appropriation » des recommandations, les soignants doivent également participer à l'évaluation ou, en des termes foucaaldiens, à l'autosurveillance de leurs pratiques professionnelles « réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son [leur] activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients »⁴⁰. Dans ce cadre, l'appropriation des normes et des protocoles, commandée par les autorités publiques, relève d'une injonction au professionnalisme⁴¹, redéfinissant le travail des soignants et imposant un modèle d'hôpital-organisation qui repose sur un principe de rationalisation.

Finalement, la définition des recommandations de bonnes pratiques par les « initiés » dans les procédures de la HAS, leur légitimation fondée sur une approche scientifique de la méthodologie, le déploiement de politiques managériales qui doivent être intériorisées par les

³⁵ HAS, *op.cit.*, 2010.

³⁶ Dubar, *La Socialisation Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin, 1998.

³⁷ Sont regroupés sous cette expression les normes techniques, protocoles, procédures, fiches techniques et recommandations.

³⁸ Hibou, *op.cit.*, 2012, p. 55.

³⁹ Le développement professionnel continu est rendu obligatoire pour les personnels paramédicaux avec le Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux paru au JORF n°0001 du 1 janvier 2012 p. 29, texte n° 16.

⁴⁰ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles

⁴¹ Boussard, Demazière et Milburn, *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010.

soignants et l'obligation de satisfaire à l'évaluation de leur application, fondent le socle de la pénétration d'un imaginaire technocratique dans les pratiques soignantes.

Conclusion

Les différents aspects sociohistoriques évoqués ici nous amènent à plusieurs résultats : 1) alors que l'hôpital-institution porté par l'autorité médicale a vu son fonctionnement discrédité au cours des années 1980 et que l'hôpital-organisation a émergé comme modèle alliant progrès scientifique et maîtrise des dépenses de santé, c'est aussi et surtout la pénétration d'une pensée technocratique qui voit le jour à travers la modernisation ; 2) depuis la dernière décennie, la planification comme outil et l'expertise comme modèle déterminent l'organisation de l'activité hospitalière : l'hôpital public est traversé aujourd'hui par une rationalisation progressive des soins, déployée à travers la tarification à l'activité, et par la diffusion d'une politique gestionnaire, inspirée du monde de l'entreprise ; 3) pourtant, la pénétration de l'imaginaire technocratique ne semble pas trouver une pleine légitimité auprès des personnels hospitaliers attachés à des pratiques et des valeurs qui échappent en partie à cette logique technocratique. Une fois encore, ce sont deux modèles, ceux de l'organisation et de l'institution, qui semblent en tension ; 4) c'est dans ce contexte que l'opposition formelle ou informelle, directe ou indirecte, des personnels hospitaliers à l'ingression d'une pensée technocratique dans leurs cadres de travail⁴² pose la question de son degré de pénétration à l'hôpital. Finalement et c'est peut-être là une limite à sa technocratisation, est-il vraiment envisageable de penser l'hôpital, espace social où le programmé ne l'est jamais absolument⁴³, comme une organisation fondée sur la programmation et l'expertise scientifique faisant l'économie de déterminants sociaux et anthropologiques tenus à distance par la logique économique ?

* * *

⁴² À l'image des débats engagés dans la littérature et les événements scientifiques autour des « bonnes pratiques », de la gestion des risques hospitaliers, des procédures de certification, de l'évaluation médico-économique, etc., l'hétérogénéité des discours et des pratiques réelles des soignants dans les unités de soin rend compte de la légitimité toute relative de la pénétration d'un imaginaire technocratique dans les services hospitaliers.

⁴³ Strauss A. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, l'Harmattan, 1992.

Références bibliographiques

BELOGEY, N., *L'Hôpital sous pression : enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, 2010.

BOUSSARD, V., DEMAZIERE, D., et MILBURN, P., *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010.

CROZIER, M., *Le phénomène bureaucratique*, Paris : Seuil, « Points Essais », 1963.

DOUGUET, D., MUNOZ, J., et LEBOUL, D., « Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur l'activité des personnels soignants », in *Études et document de travail*, n°48, DREES, 2005, pp. 36-37.

DUBAR, C., *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin, 1998.

GRIMALDI, A., « Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ? », in *Revue du MAUSS*, n° 41, 2013.

HASSENTEUFEL, P., « Les systèmes de santé entre conceptualisation économique et reconceptualisation politiques », in *Socio-logos. Revue de l'Association Française de Sociologie* [En ligne], 9 / 2014, mis en ligne le 11 mars 2014.

Haute Autorité de Santé, *Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, 2011.

HERREROS, G. « L'hôpital à l'épreuve des réformes », *Socio-anthropologie* [En ligne], 21 | 2007, mis en ligne le 26 novembre 2008.

HIBOU, B., *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, Paris : Ed. La Découverte, 2012.

JUAN S. « Qu'est-ce que la technocratie ? », in *Dictionnaire des risques*, Dupont Y. (dir.), Paris : Armand Colin, 2003.

JUAN S. « Une interprétation sociologique de l'action technocratique », in *Les Temps Modernes*, n° 483, 1986.

MOLINIE, E., *L'Hôpital public en France : bilan et perspectives*, Etude du Conseil Economique et Social, 2005.

STRAUSS A. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, l'Harmattan, 1992.