



HAL
open science

Dossier : L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé : résistances, contournements, accommodements

Sophie Divay, Nadia Garnoussi

► To cite this version:

Sophie Divay, Nadia Garnoussi. Dossier : L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé : résistances, contournements, accommodements. SociologieS, 2020. hal-02986382v1

HAL Id: hal-02986382

<https://hal.science/hal-02986382v1>

Submitted on 2 Nov 2020 (v1), last revised 8 Apr 2024 (v2)

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.

Dossier : L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé : résistances, contournements, accommodements

Sophie Divay

Sociologue, maîtresse de conférences
Laboratoire CEREP, Université de Reims.

Nadia Garnoussi

Sociologue, maîtresse de conférences
Laboratoire CeRIES, Université de Lille

Propos introductif sur la puissance instrumentale et les ambivalences morales de la rationalisation

La progression dans nos sociétés du processus de rationalisation constitue une réflexion extrêmement nourrie au sein des sciences sociales, et ce de longue date, dans la mesure où elle accompagne les différentes théorisations des récentes évolutions sociales entre autres désignées sous le terme sans doute un peu large et trop globalisant de modernité occidentale.

S'il apparaît pertinent de continuer à poursuivre cette réflexion, c'est que ce processus de rationalisation est mouvant tout autant qu'il est massif, et qu'il engage une diversité d'acteurs et d'intérêts qui sont loin d'être toujours concordants. Aussi, aux lectures des évolutions macrosociales, qui montrent comment la rationalisation progresse et ré-organise des pans entiers des sociétés, il est nécessaire d'adjoindre l'analyse, d'une part, des manières particulières dont ce processus vient transformer les pratiques dans des espaces circonscrits, et, d'autre part, celle des façons dont les acteurs le reçoivent, s'y adaptent, y résistent ou encore le contournent.

Dans cette perspective, la rationalisation pourra être vue, certes, comme un processus surplombant et homogénéisant qui favorise la diffusion d'une même nature de valeurs à des « ordres de vie », pourtant différenciés et mis en tension par le modèle social de la modernité (Weber, 1996) : de nombreux phénomènes indiquent, par exemple, la porosité de la frontière entre les règles qui régissent la sphère dite publique d'un côté et privée de l'autre, confirmant de cette manière les affinités et les intrications entre rationalisation et individualisation, ce dernier processus allant tout à fait dans le sens d'une uniformisation des normes qui servent à penser et à organiser les différents espaces sociaux. Toutefois, à des niveaux plus locaux, il est possible d'observer les limites, les inflexions, les revirements, même discrets, du processus de rationalisation, imputables aux spécificités des configurations institutionnelles et à celles des acteurs, suivant leurs déterminants et leur expérience singulière en contexte. En d'autres termes, il s'agit d'appréhender la rationalisation comme un « ordre négocié », au sens qu'en a donné Anselm Strauss (1992), et dont la fécondité réside dans le fait de « penser simultanément la dimension instrumentale et la dimension sociale des processus de régulation » (Allain, 2004), relativement à des inégalités et des asymétries entre les différentes rationalités qui sont engagées.

Ce dossier propose d'aborder des aspects et des enjeux de cet « ordre négocié » dans le champ de la santé, dont on sait qu'il est traversé par des tensions toutes particulières entre, d'une part, la valeur absolue que nos sociétés accordent à la santé et, d'autre part, la progression du raisonnement marchand qui gouverne la gestion des soins et la distribution des biens de santé. D'ailleurs, ce sont ces évolutions, à la fois politiques, économiques et morales, qui renforcent l'intérêt d'interroger ensemble dans ce dossier santé « tout court » et santé « mentale » : car si ces paradigmes se sont bien construits en partie indépendamment l'un de l'autre, du fait de leurs histoires respectives, de leurs institutions, de leurs professions, de leurs patient·e·s, leur rapprochement révèle lui-même la progression des logiques de type « isomorphe » caractéristiques du processus de rationalisation

(DiMaggio, Powell, 1983).

La rationalisation instrumentale et ses mythes

Les reconfigurations, que les politiques publiques imposent aujourd'hui au champ de la santé ainsi qu'à celui de la santé mentale, laissent transparaître une forte intensification de la rationalisation « instrumentale » des institutions de soin et de leurs activités.

Suivant les analyses de Max Weber¹, on peut voir comme trait majeur de ce type de rationalité sa tendance à s'inscrire dans un nombre croissant de pratiques, y compris quand ces dernières se sont construites indépendamment d'objectifs utilitaristes (Weber, 1971, 1996). Cette généralisation du processus de rationalisation, et les mimétismes qu'elle génère d'un secteur d'activité à un autre, peut ainsi expliquer la réduction de l'écart entre le régime des services publics et celui du privé, ainsi que certaines craintes autour d'une transformation des patient·e·s en simple « client·e·s » (Maudet, 2002 ; Lascoumes, 2007). Toutefois, les travaux qui s'inscrivent dans le courant néo-institutionnaliste ont notamment montré que le phénomène d'« isomorphisme » (DiMaggio, Powell, 1983) ne pouvait à lui seul expliquer les ressorts de la rationalisation (Bezes, Musselin, 2015). En effet, les changements liés à la démultiplication des « instruments » supposent, d'une part, une diversité d'actrice·eur·s et d'intérêts non réductibles à l'imposition de normes « par le haut », et ne signifient pas, d'autre part, qu'il y a adéquation spontanée entre les objectifs fixés, les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus (Lascoumes, Le Galès, 2004).

Ces analyses dévoilent l'hétérogénéité des motivations et des jeux d'actrice·eur·s sous-jacente aux logiques les plus poussées de standardisation gestionnaire, en premier lieu celles qui relèvent de l'extension du *New Public Management* (NPM) depuis les années 1990. En promouvant l'amélioration de l'efficacité des pratiques, le NPM justifie l'augmentation du contrôle de l'activité humaine par des outils qui la « déplient » et en mesurent les performances. Ce faisant, il remet aussi en cause la séparation entre des activités structurées autour de finalités et de moyens donnés, qui se prêteraient à une telle évaluation, et des activités qui, à l'inverse, échapperaient à la protocolisation et la quantification de leurs résultats. En d'autres termes, l'existence d'activités distinctes par nature, et ce au sein d'un même secteur, comme le seraient par exemple la mise en place d'un traitement médicamenteux ou le travail relationnel auprès des patient·e·s, paraît de plus en plus difficilement défendable.

Dans tous les cas, l'analyse de l'ampleur prise par les instruments de mesure et de chiffrage du travail – et notamment du travail sur les individus – (de Gaulejac [2014]), parlant de quantophrénie) ne saurait être menée sans prendre en compte l'« univers de sens » (Muller, 2011) dans lequel les nouveaux « référentiels » s'inscrivent. Pour Max Weber déjà, il n'existait pas de rationalité instrumentale pure, qui exclurait donc la combinaison avec d'autres logiques, dont celles de type « axiologique », à laquelle elle s'oppose pourtant du point de vue idéal-typique. Même si ces rationalités fondent des « ordres de vie » différenciés et autonomes, cela n'exclut pas la présence de tensions qui traversent chacune de ces sphères, car des types d'action et des motifs, a priori antagonistes, de nature utilitariste comme éthique, peuvent s'y confronter, voire s'y entremêler, rappelant, pour reprendre les termes de Catherine Colliot-Thélène (2011) la « plurivocité du rationnel ». Un tel constat invite également à interroger le poids des « mythes rationnels » appuyant le développement des logiques marchandes et managériales, dont la rationalité tient moins dès lors à leur efficacité « réelle » qu'à la légitimité qui leur est reconnue (Bezes, Musselin, 2015, p.127).

1 Rationalité instrumentale ou rationalité « en finalité » : comme cela a déjà été souligné à propos de la traduction française de Weber, le terme « instrumental » peut être ambivalent, car il ne signifie pas la prééminence des moyens sur des fins déterminées, mais bien la recherche d'un ajustement optimal des moyens aux fins recherchées, et plus largement au calcul et à l'anticipation des conséquences de l'action (Grossein, 1999).

Nécessité et urgence du changement, de la modernisation des institutions, du progrès, de la réforme des organisations, sont autant de motifs qui cherchent à obtenir l'adhésion des collectifs aux prescriptions de la « raison », dès lors, comme l'avait très bien analysé James March (1999), que ces prescriptions sont en accord avec des représentations plus générales de ce qui est vrai, bon, juste, efficace. Ainsi, toujours suivant cet auteur, les mythes rationnels fonctionnent comme des récits plausibles dont les principes résident dans une culture ou une économie morale partagée et recevable par un nombre suffisant d'acteurs qui en assurent l'ancrage dans les représentations et les pratiques sociales. Si certains mythes remportent plus de succès que d'autres, c'est en parvenant à améliorer leur « réalisme » et à réduire leur degré d'incertitude et de relativité.

Ce constat renvoie tout particulièrement au statut de la raison elle-même dans nos sociétés issues de la modernité instrumentale, sociétés dans lesquelles le sens de l'action a été massivement réduit à la poursuite de fins utilitaristes, justifiant par là même la production de références et de normes à prétention universelle. La construction politique de la santé comme « bien commun », supposée permettre l'alignement au niveau international des conceptions et des pratiques sanitaires et sociales, en est un exemple criant (Boidin, 2015). La multiplication des initiatives en faveur d'une telle économie de la santé est soutenue par une définition particulière de la « bonne » santé, désormais pleinement associée à une inclusion sociale optimale des individus, via la préservation ou la maximisation de leurs « compétences psychosociales », suivant les termes introduits par l'Organisation Mondiale de la Santé au début des années 1990. Dans le même temps, ces logiques d'uniformisation, qui se concentrent autour du principe de productivité de l'action sociale, se confrontent à des disparités et des spécificités maintenues des conceptions de la santé et de la maladie, tant au sein des institutions et des mondes professionnels que dans la diversité des groupes sociaux.

Cette perspective permet d'éclairer l'existence de paradoxes, de contradictions, de tensions, inhérents au processus de rationalisation et à ses effets, qui touchent tant les pratiques des acteurs que leurs institutions. Loin de la représentation d'une rationalité pleinement maîtrisée du point de vue des moyens et des fins qu'elle définit, il s'agit davantage de comprendre, dans une perspective constructiviste, les différents mécanismes et les raisonnements permettant que, dans une configuration et un temps donnés, un modèle d'organisation et d'action l'emporte sur un autre. Dans la continuité de cette idée, le NPM n'apparaît pas comme une idéologie cohérente et stable mais plutôt, suivant les termes de Philippe Bezes (2012), comme un « puzzle doctrinal » composé d'inspirations et d'expériences diverses.

Des ambivalences qui (re)-questionnent le sens du soin

Dans le champ de la santé, plusieurs phénomènes donnent particulièrement bien à voir la complexité des significations et des justifications, parfois contradictoires, que le processus de rationalisation croise et met en jeu, peut-être parce qu'en premier lieu la rhétorique de la modernisation et du gain d'efficacité (ou d'« efficience ») des services publics est profondément ambivalente. Alors que se développe une logique de marché, une ligne fondamentale de tension peut ainsi émerger de la double injonction à la standardisation et à la personnalisation des soins.

Ainsi, la diversification de l'offre de biens de santé, qui orchestre et segmente la demande, s'accompagne-t-elle de la protocolisation croissante des pratiques professionnelles. Or, l'obligation faite aux institutions de réajuster les prises en charge en évaluant plus précisément les « vrais » besoins heurte le plus souvent la conception que les professionnel·le·s se font du « bon » travail de soin. La menace que la généralisation des « bonnes pratiques » fait peser sur le travail « noble » est d'ailleurs devenue un argument commun aux différents groupes professionnels confrontés à la rationalisation de leur travail.

Au premier plan de leurs préoccupations se trouve le devenir du travail relationnel, tant du point de vue de son périmètre au sein de l'activité globale, que de sa reconnaissance comme activité véritablement qualifiée mais non réductible à l'évaluation par des critères standardisés. Parmi les infirmières, cette demande de reconnaissance du travail relationnel passe de longue date par le fait de le considérer comme un authentique « soin » (Menaut, 2009), et non comme simple facilitateur des actes techniques, qui à ce titre doit pouvoir faire l'objet d'un type particulier d'apprentissage qui intègre l'expérience sans s'y limiter. Dans plusieurs secteurs en effet, dont ceux pour lesquels le développement d'une éthique du « care » est appelé de leurs vœux par nombre d'actrice·eur·s de l'action publique, le travail relationnel tend à être dévalorisé du fait qu'il s'accomplit dans des tâches considérées comme « subalternes » ou « en plus » (Andrieu, Gérardin, 2013). Ailleurs, dans la psychiatrie où le registre technique est pourtant nettement moins spécialisé, la reconnaissance du travail relationnel des infirmières est elle aussi fragile car concurrencé par les activités thérapeutiques « structurées ». Enfin, si la formalisation des activités de soin peut aussi constituer une opportunité pour certain·e·s soignant·e·s, comme a pu le montrer par exemple Françoise Acker à partir des possibilités offertes par l'informatisation des données de mieux spécifier l'activité infirmière (Acker, 1995), il convient de souligner les inégales possibilités de négocier à son avantage les changements imposés ou, *a minima*, d'en limiter les contraintes. Il apparaît en effet que les résistances à la standardisation et la préservation dans le même temps de son autonomie, dépendent largement de la position hiérarchisée des groupes professionnels dans leur environnement ou écologie liée (Abbott, 2003) et du prestige qui leur est accordé. Tel est, en premier lieu, le cas des médecins, quand ces derniers par exemple se donnent des marges de manœuvre dans l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques au nom de la singularité des cas cliniques (Castel & Robelet, 2009), ou encore, en psychiatrie, des psychologues par rapport aux infirmières face à la protocolisation des thérapies psychologiques qui menacent de « déqualifier » leur travail (Champion *et al.*, 2014).

Une autre expression des paradoxes de la rationalisation concerne la justification de certains changements au nom de logiques néo-libérales mais aussi de motifs humanistes-démocratiques, comme la critique de la bureaucratie² et du paternalisme, et la volonté de rendre les dispositifs de soin moins stigmatisants, plus transparents et « inclusifs » pour leurs publics. Mais, souvent, le sens véritable des transformations appelées par les mouvements sociaux se révèle particulièrement ambivalent, quand la défense des intérêts des personnes justifie des réformes qui conduisent à réduire l'investissement public. Pensons, par exemple, à certaines politiques de désinstitutionnalisation, telle que la réduction des lits en psychiatrie pour rompre avec les pratiques d'enfermement et éviter la chronicisation des patient·e·s. Or, aujourd'hui, parmi les critiques toujours vives de la prise en charge des maladies mentales, se font entendre des arguments qui dénoncent à l'inverse une « déshospitalisation abusive » (Moreau, 2008), dévoilant certains des effets de la libéralisation de l'institution. Ailleurs, en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), le « virage ambulatoire », présenté comme « le nouvel eldorado de la maîtrise des dépenses » (Hirtzlin, 2017), n'est en l'occurrence pas sans poser question sur sa réelle amélioration de la qualité de « prise en soin » des malades, notamment les plus vulnérables et isolé·e·s.

Enfin, l'incertitude et l'instabilité du processus de rationalisation sont perceptibles dans la grammaire managériale elle-même, par le biais de laquelle se diffuse la pensée de la nécessaire modernisation des services publics. Sont ainsi mobilisés et amalgamés différents registres hétéroclites, comme celui des « preuves » ou « données probantes » sur lequel s'appuient les recommandations de diverses agences expertes en « bonnes pratiques », donnant au management contemporain un substrat positiviste et normatif. On trouve encore celui de la performance et de la

² Sans que cela signifie que le NPM produise de la « débureaucratiation » ; bien au contraire, il peut être vu comme conduisant à une intensification des formes bureaucratiques traditionnelles (Guillemot, Jeannot, 2013).

productivité ramenées à la responsabilité des personnes, ou encore celui du développement personnel et de sa lecture du bien-être individuel, plus spécifiquement en santé mentale. Il ressort que le discours managérial est idéologiquement instable, car pris en tension entre un processus dépersonnalisant d'objectivation du travail, et une singularisation de l'activité humaine appliquée dans le cadre d'un mouvement d'individualisation des travailleuse·eur·s (Le Texier, 2016). C'est aussi par sa généralisation à la majorité des activités d'encadrement et, au-delà, par sa banalisation culturelle, que le management apparaît dans ses ambivalences et sans doute ses limites aux yeux des actrice·eur·s invité·e·s à en adopter les conceptions.

Contribution des auteur·e·s de ce dossier à la réflexion sur les principes et effets du processus de rationalisation

Ces quelques constats conduisent à interroger, d'une part, les déterminants des points de vue des actrice·eur·s sur ces nouveaux impératifs, justifiés au sein des institutions par la nécessité de la « réforme » et du « changement » et, d'autre part, les effets de ces impératifs sur le rapport au travail des professionnel·le·s, en termes d'articulation ou de heurts plus ou moins violents. Quelles sont les variations observables dans les négociations et les positionnements des actrice·eur·s selon leur trajectoire biographique, leur place et leur fonction dans les organisations ? Enfin, comment les modalités de « gouvernance »³ inspirées du NPM redéfinissent-elles les contours et les fondements de l'« ethos professionnel » (Didier, 2009 ; Fusulier, 2011) des travail·euse·eur·s du soin, confronté·e·s à des injonctions morales, voire moralisatrices, énoncées et portées par des gestionnaires ou des manager·e·s ? Si les dynamiques de rationalisation s'avèrent être pluridimensionnelles et polysémiques, par quels accommodements, négociations, résistances, les approches et les pratiques des soignant·e·s y répondent-elles ?

Ces interrogations sont explorées par les auteur·e·s des contributions rassemblées dans ce dossier, centrées sur les groupes professionnels et leurs membres, qui ont joué un rôle à la fois dans la réception, la passation, la production, l'application et la transformation des rationalisations diverses du travail de soin dans le champ de la santé et de la santé mentale.

Hugo Bertillot, Thomas Denise et Clément Tarantini adoptent tous trois une approche microsociologique au travers d'enquêtes de terrain réalisées au plus près des travail·euse·eur·s, au sein de leurs milieux professionnels. Les observations *in situ* et les entretiens approfondis menés par ces chercheurs dans différents services dits de MCO livrent des résultats fort convergents : les personnels médicaux et paramédicaux du soin ne sont pas voués à la soumission et au fatalisme face aux politiques gestionnaires et managériales de leurs directions. Ils développent des « réponses adaptatives », individuelles et collectives, qui bien que plus défensives qu'offensives n'en sont pas moins stratégiques. Les cas d'opposition franche et de refus catégorique sont rares ; ils émanent de personnels qui n'ont plus rien à perdre et à gagner, donc souvent en fin de parcours professionnel, ce qui peut amener à la conclusion simpliste que les nouvelles générations sont plus perméables au changement que les anciennes. Majoritairement, les travail·euse·eur·s « s'acculturent » aux orientations bureaucratiques fondées sur des logiques transversales de formalisation, protocolisation et évaluation/certification. Un travail d'argumentation produit des discours managériaux standardisés, peu variés d'un établissement à l'autre (la « qualité et la continuité des soins pour le bien des patients » constituant la formule la plus répandue et productrice de consensus) parce qu'imprégnés des directives uniformes provenant d'instances et d'agences nationales et internationales (OMS⁴, HAS⁵, ARS⁶, ministère, etc.). Plus ou moins contraints d'adopter le langage

³ Au sens de nouveau « paradigme » politique, signifiant notamment, suivant Jacques Chevallier, que « l'action engagée est symboliquement placée sous le signe de la modernité et de l'efficacité. » (Chevallier, 2003, p. 204).

⁴ Organisation Mondiale de la Santé.

⁵ Haute Autorité de Santé.

officiel et les « bonnes pratiques », notamment parce qu'enrôlé·e·s par des dispositifs de traçabilité (allant jusqu'à prendre la forme de mouchards électroniques incorporés), d'auto-évaluation et d'auto-prescription, les travail·euse·ur·s s'emparent de ces modèles langagiers et d'action imposés, et rentabilisent ce processus d'appropriation. Elles·ils en retirent des bénéfices en termes de reconnaissance, légitimité, prestige, pouvoir et carrière, non sans éventuellement rencontrer au passage l'émergence de nouvelles formes de rivalité, concurrence, rapports de force, luttes entre groupes professionnels ou catégories hiérarchiques de personnels. Ces derniers sont ainsi pris au jeu et deviennent les vecteurs volontaires et intéressés des principes du NPM, c'est-à-dire les utilisateurs, et parfois les concepteurs, d'outils et dispositifs gestionnaires.

Mais l'assimilation du jargon gestionnaire n'entraîne pas l'abandon du jargon professionnel. Par ailleurs, la conformation aux directives et procédures ainsi que la participation aux cérémonies ritualisées institutionnellement organisées, n'ont pas lieu dans l'ignorance de l'artificialité et de la spéciosité de ces dispositifs. Au fil du temps et par un apprentissage sur le tas, les soignant·e·s acquièrent un savoir-faire avec, un savoir-répondre aux critères d'évaluation et de quantification, parvenant même à une appropriation des outils au point d'en retourner les fins, c'est-à-dire de les utiliser non pas pour réduire les coûts, mais par exemple pour argumenter la nécessité d'engager des dépenses en personnels ou matériels.

Les travail·euse·ur·s sont de manière générale plus ou moins fortement contraint·e·s par des règles, procédures, injonctions qui s'avèrent insuffisamment coercitives pour empêcher les contournements, détournements, et autres dissimulations qui relèvent d'un sens pratique, dont l'acquisition et la mise en œuvre représentent une charge de travail supplémentaire, invisibilisée, donc non reconnue, mais qui gagne à rester dans l'ombre puisqu'elle fournit des moyens d'action efficaces dans les failles du système.

Les contributions de ces trois chercheurs démontrent que la thèse d'une victimisation des personnels confrontés à ce que l'on peut globalement appeler les effets du NPM est discutable. Les enquêtes de terrain laissent plutôt apparaître la mise en place progressive de stratégies, savoirs, compétences, adaptations. Sous l'angle de la sociologie du travail, l'inflation des dispositifs et le poids qu'elle fait peser sur les professionnel·le·s, en l'occurrence des soignant·e·s, n'est pas forcément synonyme d'une « dé-professionnalisation » : « La normalisation et les procédures complexifient, reconfigurent et mettent à l'épreuve l'activité des travailleurs concernés plus qu'elles ne les dépossèdent de leur "professionnalité" (...) Cette perte de centralité des travailleurs rend leur activité non pas moins centrale, mais moins prévisible, face à des tâches toujours révisables qui demandent d'explorer comment avoir prise sur elles. » (Martinache, Monchatre, 2017, p. 216)

Les deux derniers textes nous font entrer dans l'univers de la santé mentale, appréhendé sous l'angle d'une sociologie des groupes professionnels et des politiques de santé publique. Nadia Garnoussi propose d'analyser le processus de rationalisation du soin psychique au travers des évolutions de la psychothérapie dans la psychiatrie publique, et plus particulièrement de sa place dans les pratiques infirmières en centre médico-psychologique. Jusqu'à ce que se repose dans les années 2000 la question de sa régulation, le champ de la psychothérapie avait en effet été investi de façon « discrète » par un segment de ce groupe professionnel, qui aspirait à gagner en autonomie face au corps médical et à développer des compétences jugées valorisantes dans un contexte d'influence des approches « relationnelles » des troubles psychiatriques. Les personnels infirmiers ont pu trouver dans la psychologie humaniste en particulier, plus accessible que la psychanalyse, des méthodes leur permettant de développer une approche « globale » de la personne et de ses « potentialités », ouvrant ainsi leur expertise psychothérapeutique à une patientèle en demande de travail « sur soi ». L'auteure montre comment la légitimité de cette expertise est aujourd'hui remise

⁶ Agences Régionales de Santé.

en cause par le développement des thérapies dites « fondées sur les preuves », qui reposent sur des protocoles et des programmes standardisés. Ce changement réactive ainsi un clivage entre des conceptions distinctes du métier infirmier en psychiatrie, certains de ses membres voyant dans ces programmes une valorisation « scientifique » du travail éducatif ordinaire auprès des patient·e·s.

Pour finir, Nicolas Marquis et Robin Susswein mènent une analyse macrosociologique de l'action publique en s'intéressant à une réforme nationale déployée en Belgique en 2009, « Psy107 », qui promeut un modèle d'action fondé sur l'*empowerment*, a priori idéologiquement neutre, mais malgré tout porteur d'une définition morale de la·du « bon·ne professionnel·le » à laquelle s'ajoute celle de la·du « bon·ne malade », capable d'être « actrice·eur » de sa vie. L'hospitalisation prolongée est conçue comme une entrave à l'autonomisation des patient·e·s, à leur inclusion sociale, et sont privilégiés les dispositifs mettant en œuvre une prise en charge « hors les murs ». Les arguments institutionnels et politiques sont séduisants et *a priori* incontestables, mais peinent à intéresser les professionnel·le·s du soin, tant l'écart est grand entre les perspectives gestionnaires et les formes de « vrai travail » ancrées dans une multiplicité de réalités de terrain. Les directives s'avèrent universalisantes, techniques et abstraites, aveugles à la complexité des parcours individuels de maladie, aux spécificités territoriales, à l'histoire singulière des établissements.

Ces deux contributions montrent la puissance de l'idéologie qui sous-tend les réorganisations de la psychiatrie et le déploiement du paradigme de la « santé mentale ». Derrière la « neutralité idéologique » de la réforme belge, ou des justifications « scientifiques » du déploiement de l'offre de thérapies cognitives-comportementales en France, s'expriment de puissantes conceptions normatives, appuyées par la critique devenue consensuelle de l'hospitalo-centrisme. Ainsi en est-il de la redéfinition générale des objectifs thérapeutiques en termes d'« inclusion », de « réhabilitation » des patient·e·s, bref de « bon fonctionnement » social, que l'approche par les « capacités » individuelles rapporte à l'idéal d'autonomie. Dans cette perspective, la philosophie du « projet » et de l'agir « concret », supposée répondre plus rationnellement aux inaptitudes qui seraient engendrées par la maladie mentale, constitue un nouveau lexique et un répertoire spécifique d'interventions. Mais, derrière le caractère globalisant de cette pensée, de ses déclinaisons politiques et ses applications pratiques, de fortes tensions et contradictions s'affirment, que les présentes contributions donnent à voir. En amont, les politiques publiques, tout en revendiquant une plus grande prise en compte des demandes des acteurs, ne répondent pas aux disparités territoriales d'offres et de besoins de prise en charge, pourtant particulièrement problématiques en psychiatrie, tant les écarts sont grands entre les pathologies qu'elle englobe et les ressources des populations touchées. Ces tensions sont aussi celles qui traversent les groupes professionnels et la mise en œuvre du travail de soin psychique. Si la tendance à standardiser les thérapies en appliquant les critères de la médecine fondée sur les preuves répond pour certains au besoin de structurer davantage les pratiques et de faire valoir des résultats évaluables, elle affaiblit également l'autonomie et certaines prérogatives des professionnel·le·s qui exécutent ces interventions. Enfin, la question des inégalités reste inscrite dans les mécanismes implicites de discrimination que les dispositifs de type capacitaire engendrent. En mettant à l'épreuve de l'autonomie des patient·e·s lourdement atteint·e·s, les interventions pour le « rétablissement » et la « réhabilitation psychosociale », sont susceptibles de reconduire ce contre quoi elles étaient supposées lutter, à savoir la marginalisation et le délaissement d'individus reconnus comme « malades », donc non responsables de leurs « incapacités ». Ici la figure du « psychotique » vient soulever un profond paradoxe : d'un côté en effet, les politiques publiques appellent à ce que la prise en charge de ce type de maladie soit une priorité du système de soins, mais, d'un autre côté, le paradigme thérapeutique actuel s'adresse davantage aux individus disposant déjà des ressources et des qualités nécessaires au « changement » attendu d'eux.

Dans ce dossier, la question du NPM est donc principalement abordée à travers ses effets sur les personnels des établissements de santé, c'est-à-dire l'institution hospitalière, considérée à un

moment donné de sa longue histoire. Au fil des siècles, l'hôpital a d'abord été un lieu dominé par l'Église chrétienne, ses congrégations et ordres religieux consacrés aux pauvres, puis l'instrument de politiques publiques d'État entre autres centrées sur l'enfermement des déviants (pauvres, fous, folles, filles en perdition, prostituées, orphelins, vieillard·e·s...), et l'objet de réformes politiques, économiques, sociales qui ont redéfini ses objectifs, le profil de ses « publics » et de ses « personnels » (Imbert [dir.], 1982).

De nombreux changements ont jalonné le cours de son histoire en France : christianisation et cléricisation des hôpitaux (Dinet-Lecomte, 2005), puis laïcisation des établissements avec éviction du personnel religieux, catégorie de « soignant·e·s » qui a autant été chassée qu'elle ne s'est éteinte faute de renouvellement de ses membres (Langlois, 1984) ; médicalisation (et paramédicalisation) des soins et des personnels du fait des progrès scientifiques en médecine ; déclin de sa mission d'assistance supplantée par celle du soin, et de l'éventuelle guérison, de malades atteint·e·s de pathologies médicalement nommées, répertoriées, classées (Faure, 1994) ; technicisation et informatisation des équipements matériels de soin et de gestion ; réagencements architecturaux et restructurations des métiers et des catégories hiérarchisées des personnels ; socialisation des dépenses de santé avec la mise en place de la Sécurité sociale, etc.

Au-delà de l'histoire de l'hôpital, aujourd'hui relativement bien connue, s'offre aux chercheur·e·s un chantier de recherche critique et réflexif portant sur les discours, regards et analyses savants produits sur ces évolutions hospitalières, entre autres par des historien·ne·s, des sociologues ou encore des économistes, politistes et gestionnaires. Ce programme de recherche viserait la mise au jour et à la comparaison de leurs grilles de lecture, approches méthodologiques et théoriques, ainsi que leur positionnement, éventuellement empreint d'intentions soit normatives et réformistes, soit militantes relevant de la défense des valeurs de l'hôpital public. Une telle relecture et mise en perspective des écrits sur l'hôpital apporterait également des enseignements sur la pertinence des visions prospectives adoptées par certain·e·s auteur·e·s sur le devenir (probable, souhaitable, préconisé, redouté, etc.) de l'hôpital.

Il ne s'agirait donc pas tant de mettre la focale sur les évolutions longues de cette institution, ses périodes ou ses tournants que d'objectiver les caractéristiques sociodémographiques des regards portés sur ces événements et processus, leurs logiques d'analyse entre autres liées à leur ancrage disciplinaire. Une telle démarche permettrait de questionner le rapport que ces différent·e·s observat·rice·eur·s et chercheur·e·s ont entretenu et entretiennent avec un objet d'étude, souvent considéré comme relevant d'une cause politique sensible et vitale, celle de la protection sociale et de la santé (qui n'a pas de prix). Programme de recherche d'envergure et à construire, tout à fait digne d'un autre dossier de la revue *SociologieS*.

Bibliographie

ABBOTT A. (2008), « Ecologies liées : à propos du système des professions », dans MENGER P. –M. (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, France, Editions de la Maison des sciences de l'homme, pp. 29-50.

ACKER F. (1995), « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3, pp. 69-92.

ALLAIN S. (2004), « La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale », *Négociations*, vol. 2, n° 2, 2004, pp. 23-41.

BEZES P. (2012), « État, experts et savoirs néo-managériaux, les producteurs et diffuseurs du New

Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, n° 193, pp. 16-37.

BEZES P. & MUSSELIN C. (2015), « Le New Public Management : Entre rationalisation et marchandisation ? », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S. & P. RAVINET, (dir.), *Une 'French Touch' dans l'analyse des politiques publiques ?*, Presses de Sciences Po, pp. 128-151.

BOIDIN B (2015), « Économie politique de la santé comme bien public mondial », *Revue de la régulation* [En ligne], 17, 1er semestre, Printemps, URL : <http://journals.openedition.org/regulation/11128>.

CASTEL P. & ROBELET, M. (2009), « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, vol. 27, n° 3, pp. 98-115.

CHAMPION F., GARNOUSSI N., PILGRIM D. & G. HUTSCHEMAEKERS, « Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas : spécificité nationales et tendances communes », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4866>.

CHEVALLIER J. (2003), « La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 1, n° 105-106, pp. 203-217.

COLLIOT-THELENE C. (2011), « Retour sur les rationalités chez Max Weber », *Les Champs de Mars*, vol. 22, n° 2, pp. 13-30.

DIDIER C. (2009), « Les ingénieurs et l'éthique professionnelle : pour une approche comparative de la déontologie », dans DEMAZIERE D. & GADEA C., (dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, pp. 208-218.

DiMAGGIO P. & POWELL W. (1983), « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 2, pp. 147-160.

DINET-LECOMTE M.-C. (2005), *La « cléricatisation » du personnel hospitalier en France aux XVII^e et XVIII^e siècles*, in : *Religion et enfermements : XVII^e-XX^e siècles* [en ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2005 (généré le 01 novembre 2019). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/pur/20392>>.

FAURE O. (1994), *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e – XX^e siècles)*, Paris, Anthropos.

FUSULIER B. (2011), « Le concept d'éthos. De ses usages classiques à un usage renouvelé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 42, n° 1, pp. 97-109.

GAULEJAC de V. (2014), *La Société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Points.

GROSSEIN J. (1999), « Peut-on lire en français *L'Éthique protestante et L'esprit du capitalisme* ? », *European Journal of Sociology*, vol. 40, n° 1, pp. 125-147.

- GUILLEMOT D. & JEANNOT G. (2013), « Modernisation et bureaucratie, l'administration d'État à l'aune du privé », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 1, pp. 83-110.
- HIRTZLIN I. (2017), « Peut-on combiner restrictions budgétaires et amélioration de l'efficacité du système de santé ? L'exemple de la chirurgie en France et au Royaume-Uni », *Observatoire de la société britannique*, vol. 19, pp. 217-228.
- IMBERT J. (1982), (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Privat, 1982.
- LANGLOIS C. (1984), *Le catholicisme au féminin. Les congrégations françaises à supérieure générale au XIX^e siècle*, Paris, Les éditions du Cerf.
- LASCOUMES P. (2007), « L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politiques et management public*, vol. 25, n° 2, pp. 129-144.
- LE TEXIER T. (2016), *Le maniement des hommes. Essai sur la rationalité managériale*, Paris, La Découverte, coll. « Sciences humaines ».
- MARCH J. (1999), « Les mythes du management », *Gérer et Comprendre*, septembre, pp. 4-12.
- MARTINACHE I. & MONCHATRE S. (2017), « Le savant et le travailleur. Comment parler du travail au-delà du "geste" ? », *Revue française de socio-Economie*, vol. 2, n° 19, pp. 205-218.
- MAUDET G. (2002), « La "démocratie sanitaire" : penser et construire l'utilisateur », *Lien social et Politiques*, n° 48, pp. 95-102.
- MOREAU D. (2008), « Après l'asile », *Labyrinthe*, vol. 29, n° 1, pp. 53-64.
- MULLER P. (2011), « Expliquer le changement : l'analyse cognitive des politiques publiques », dans P. Muller, *Les politiques publiques*, PUF, « Que sais-je ? », pp. 53-86.
- Strauss A. (1992), (textes réunis par I. Baszanger), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- WEBER M. (1959), *Economie et Société*, Tome 1, Paris, Plon.
- WEBER M. (1996), *Sociologie des religions*, Paris, Gallimard.