



HAL
open science

La catastrophe que l'on aurait dû voir venir

Frédéric Pierru

► **To cite this version:**

Frédéric Pierru. La catastrophe que l'on aurait dû voir venir. Hugo Huon; Le Collectif Inter Urgences. Urgences, Albin Michel, 2020. hal-03094244

HAL Id: hal-03094244

<https://hal.science/hal-03094244v1>

Submitted on 4 Jan 2021

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 catastrophe que l'on aurait dû voir venir

Frédéric Pierru (CNRS-CERAPS)

« L'ignorance possède une géographie politique qui est souvent un bon indicateur des politiques en matière de connaissance. » Robert N. Proctor

En déplacement à Epernay le 14 novembre 2019, jour de la grande manifestation des hospitaliers, le Président de la République Emmanuel Macron a déclaré : *« cette situation, elle n'a pas commencé il y a un mois, six mois ou un an. Soyons lucides et honnêtes avec nous-mêmes : nous en héritons et elle est le résultat d'années et d'années de mise sous tension qui ont fait peser sur l'hôpital l'essentiel de l'effort de maîtrise de dépenses de santé »* avant de reconnaître que *« personne n'avait vu à ce point l'accélération du malaise et parfois des difficultés de fonctionnement véritables »*.

Ces deux phrases méritent d'être méditées sociologiquement. Un journaliste ne verrait dans la première qu'un habituel exercice de défausse d'un gouvernement aux abois, voyant se coaguler une multiplicité de mécontentements sectoriels. Pourtant, le Président de la République a raison : la crise hospitalière actuelle est bien le résultat de politiques publiques qui se caractérisent par leur remarquable continuité depuis vingt ans, par-delà les alternances politiques. La seconde partie du propos est plus surprenante et, pour le coup, est factuellement fautive : depuis des années tous les indicateurs sont au rouge. Comme nous allons le voir, toutes les enquêtes menées par la DARES de même que tous les travaux sociologiques, voire économiques, ont mis en évidence les conséquences délétères sur les conditions de travail, la santé des soignants et la qualité des soins, en raison du renforcement de la contrainte budgétaire et du déploiement de la tarification à l'activité. Se mobilisant rarement, le monde hospitalier a vu ces dernières années se multiplier les journées d'action. Comment expliquer la « surprise » du gouvernement devant l'ampleur du mécontentement qui, parti des urgences, a gagné l'ensemble des services hospitaliers ? Cette surprise est-elle feinte ? Là encore, nous opterons pour le principe de charité et prendrons au sérieux cette surprise pour en donner une explication sociologique : celle de l'organisation de la cécité et du déni, sinon de production organisationnelle de l'ignorance. L'historien américain des sciences Robert N. Proctor a baptisé « agnotologie » l'étude des processus de production de l'ignorance, particulièrement dans le domaine de la santé publique. Nous sommes ici en présence d'un cas d'école.

I. Perseverare Diabolicum

Commençons donc par souligner la remarquable continuité des politiques publiques depuis 20 ans. D'une façon générale, la technostucture ne brille pas par son imagination. Tant en matière de financement des dépenses de santé que d'organisation de l'offre de soins, elle s'en tient à quelques idées simples et à des instruments d'action publique « éprouvés », qu'elle tente de déployer en fonction des rapports de force du moment.

Un exemple : à la fin des années 1970 sont formalisées deux idées à la direction du Budget du ministère des Finances, inquiète de la forte progression des dépenses de santé causées par la montée en puissance de la réforme de l'hôpital et des études médicales de 1958 et la

généralisation du conventionnement des médecins libéraux en 1971. La première repose sur l'hypothèse que c'est l'offre de soins qui crée, au moins en partie, la demande. Dès lors, si l'on veut maîtriser les dépenses de santé, il faut contingenter l'offre selon deux mécanismes : le *numérus clausus* d'une part, mettre sous enveloppe globale l'offre de soins de l'autre afin de stabiliser la part des dépenses de santé dans le PIB. On mesure désormais les conséquences funestes d'un *numérus clausus* défini en fonction de considérations purement budgétaires sans vision à moyen terme des besoins de santé et de leur évolution. L'enveloppe globale, quant à elle, va connaître une première mise en œuvre dans le compartiment de l'offre de soins que maîtrise l'État : l'hôpital. Ainsi, en 1984 est mis en place le « budget global » en lieu et place du financement inflationniste au « prix de journée ». Le ministère des finances cherchera, dans les années suivantes, à étendre le mécanisme de l'enveloppe globale à l'ensemble de l'offre de soins mais il se cassera les dents sur la médecine libérale. La création de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dans le cadre des nouveaux PLFSS constituera l'acmé de cette stratégie. Au départ, l'ONDAM se voulait être un pilote automatique puisque lui étaient adossés des mécanismes de « régulation » censés garantir la tenue de l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie. Ainsi, en cas de dépassement, les médecins libéraux devaient reverser le « trop perçu ». On connaît la suite : la fronde, sur les terrains juridique et politique, des syndicats des médecins libéraux ont eu raison de ces mécanismes régulateurs, en infligeant au passage un véritable traumatisme à la classe politique. Cette dernière est en effet persuadée que si la droite a perdu les élections législatives de 1997, c'est en raison du pouvoir de nuisance électorale des médecins. Nous allons y revenir, mais le traitement inégal de l'hôpital, soumis à une contrainte budgétaire de plus en plus ferme et rigoureuse, et la médecine de ville, objet de toutes les attentions et prudence, est issue de cette séquence.

Dès lors que l'ONDAM se voyait retirer sa portée contraignante, on a vu ré-émerger la seconde idée simple formulée à la direction du Budget à la fin des années 1970 : dérembourser progressivement le « petit risque » pour mieux recentrer la « Sécu » sur la prise en charge du « gros risque », au nom de la fumeuse « responsabilisation » des patients. La présidence Sarkozy fut emblématique de cette stratégie avec la création du ticket modérateur d'ordre public (idée de... Raymond Barre), des franchises médicales ou de l'augmentation du forfait hospitalier. Ainsi, petit à petit, comme l'a montré Didier Tabuteau, les affections courantes ont vu leur taux de couverture par la Sécurité sociale passer en dessous de la barre des 50%, élargissant ainsi le périmètre d'action du marché des « complémentaires santé », dont les économistes ont montré le caractère foncièrement inefficace et inégalitaire. En réalité, cette stratégie est inflationniste tout en rationnant la demande de soins des plus modestes. Plus un système de santé est privé, plus il est coûteux et inégalitaire, comme le montre le contre-exemple américain. Aussi, les pouvoirs publics ont cherché à institutionnaliser et « réguler » en vain ce marché, là encore par-delà les alternances politiques. C'est un gouvernement socialiste qui a imposé à tous les employeurs l'obligation de fournir une complémentaire santé à leurs salariés... Avant que le candidat Fillon ne propose en novembre 2016 de privatiser complètement le « petit risque », ce qui lui a valu une première volée de bois vert.

Voilà donc les deux idées clés qui gouvernent les politiques d'assurance maladie depuis le début des années 1980 : l'enveloppe globale ; la privatisation rampante du petit risque. Le lecteur concèdera que ce n'est pas l'imagination qui est au pouvoir.

Toutefois, en matière de politique hospitalière, les pouvoirs publics ont introduit une innovation – en gestation depuis le début des années 1980 – majeure : la tarification à l'activité (T2A). Dès l'introduction du budget global sous la pression du ministère des finances, le

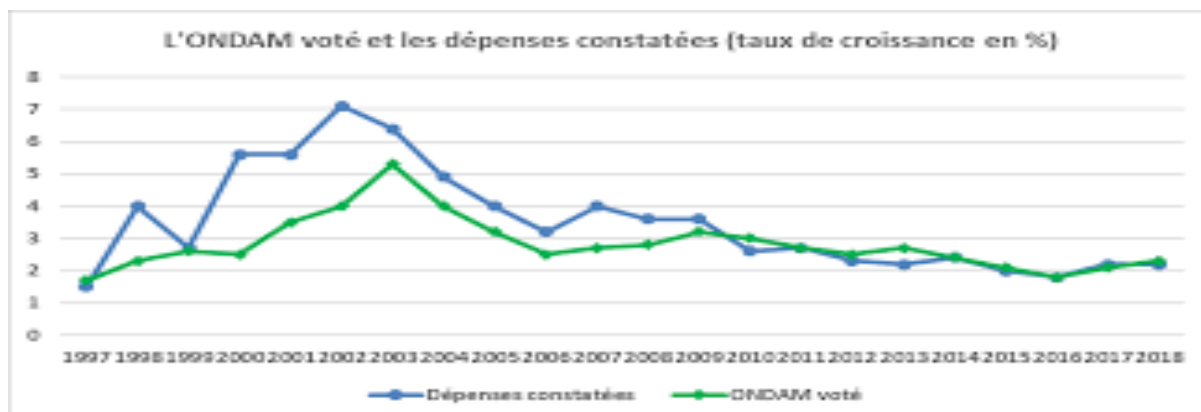
directeur des Hôpitaux de l'époque, Jean de Kervasdoué, avait anticipé les effets pervers de ce mécanisme : en effet, le budget global a pour fâcheuse conséquence de figer les inégalités de dotation entre établissements et de pénaliser les plus dynamiques d'entre eux, puisqu'ils doivent soigner de plus en plus de patients avec un budget qui ne suit pas. Passé par les États-Unis, de Kervasdoué avait pris connaissance d'un instrument de financement prenant en compte l'activité, tant en volume qu'en nature, des établissements, inventé par l'ingénieur Robert Fetter : les *Diagnosis Related Groups* ou DRGs. Cet instrument sera mis en œuvre en 1983 par *Medicare*. La même année, Jean de Kervasdoué s'efforce de l'importer sous le sigle de Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Nous ne ferons pas ici la chronique des vicissitudes administratives et politiques de cet instrument, dont les finalités n'ont cessé de varier au gré des rapports de force sectoriels. Au milieu des années 1990, il était prévu que le PMSI serve à amender les dotations des établissements afin d'éviter les effets pervers susmentionnés.

Mais en 2003, une rupture a eu lieu, phénomène assez rare dans les politiques publiques pour être souligné. Les conseillers du ministre de la santé Mattéi ont plaidé avec succès pour que le PMSI soit transformé en T2A, autrement dit qu'à chaque « groupe homogène de malades » soit associé un tarif, lui-même étant la moyenne des coûts observés dans une trentaine d'établissements pour la prise en charge d'une pathologie donnée. Les conseillers en question nous ont confié qu'il s'agissait là d'un « choix idéologique » censé instiller une dynamique concurrentielle dans le secteur hospitalier, ce qui aurait « re-dynamisé » les équipes découragées par la bureaucratisation et le budget global. La T2A est montée rapidement en charge : il aura fallu seulement quatre années pour que les soins de Médecine Chirurgie Obstétrique soient financés à 100% par la T2A.

Premier résultat : les finances de nombreux établissements, particulièrement les plus gros, ont plongé dans le rouge et, au fil des années, on a vu se constituer une dette qui se monte désormais à 30 milliards d'euros et dont l'État vient d'en reprendre à son compte un tiers. On ne le dira jamais assez : c'est la T2A qui a créé la dette des hôpitaux, lesquels ont eu recours à des expédients comme les emprunts dits toxiques pour continuer à investir, ou ont considérablement réduit leurs investissements. Endettés, les établissements étaient ainsi pieds et mains liés devant les tutelles régionales (les nouvelles agences régionales de santé créées en 2010) et nationales. Ils ont surtout sabré dans les effectifs administratifs et logistiques avant de limiter les effectifs soignants en dépit d'une activité croissante.

Second résultat, particulièrement pernicieux : la T2A a percuté la logique de l'enveloppe globale. En effet, il était hors de question pour le ministère des Finances de lâcher son instrument fétiche, imposé en 1984, pour maîtriser les dépenses hospitalières. Du coup, s'est mis en place un monstre bureaucratique et pervers : une régulation prix-volume, ou tarif flottant. Les établissements sont en effet incités à accroître leur activité pour équilibrer leurs comptes, mais comme tous font la même chose, le ministère décide en fin d'année de réduire les tarifs afin de tenir la sous-enveloppe hospitalière de l'ONDAM. C'est qu'en effet, après la crise financière de 2008, les gouvernements ont décidé de tenir à tout prix l'ONDAM voté par le parlement, avec par exemple la mise en place d'un comité d'alerte et le gel d'une partie des crédits destinés aux missions d'intérêt général en cours d'année. Stratégie payante. D'indicatif, l'ONDAM est devenu un quasi-budget obligatoire : immense victoire de Bercy, qui de surcroît se voyait confier la tutelle sur la principale direction du ministère des affaires sociales et de la santé, chargée de faire le PLFSS, la direction de la Sécurité sociale. Oubliée la défaite du plan Juppé. Double exploit : de plus en plus restrictif, l'ONDAM a pourtant été « tenu ». Le

graphique ci-dessous montre que c'est sous le quinquennat Hollande que la contrainte budgétaire a été la plus forte, donnant raison en un sens au Président Emmanuel Macron.



C'est l'hôpital, au nom du « virage ambulatoire »¹, qui a payé le plus lourd tribut à la logique budgétaire. L'ONDAM hospitalier a été fortement contraint et les tarifs de la T2A n'ont cessé d'être revus à la baisse, comme le montre le tableau suivant :

Taux d'évolution des tarifs publiés (après mouvements de périmètre) :

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tarifs MCO ex-DG	- 0,7%	- 0,8%	- 0,2%	- 0,8%	+ 0,0%	- 0,7%	- 1,0%	- 0,9%	- 0,5%	+ 0,2%
Tarifs MCO ex-OQN	+ 0,0%	- 0,1%	+ 0,2%	- 0,2%	- 0,2%	- 2,2%	- 1,7%	- 1,4%	- 0,5%	+ 0,2%

La T2A dans un budget fermé transforme les hospitaliers en hamsters condamnés à courir de plus en plus vite dans leur roue, sans pour cela que la situation financière des établissements ne s'améliore pour autant. De fait, la productivité des soignants a considérablement augmenté : entre 2010 et 2017, « les effectifs ont augmenté de 2% alors que dans le même temps la production de soins a augmenté de 14.3% »². Vu du terrain, cela s'appelle une importante intensification du travail.

Notons aussi que si l'ONDAM hospitalier a été tenu, c'est aussi en raison du quasi-gel des salaires de la fonction publique hospitalière. Travailler toujours plus intensément et vite, avec des moyens qui ne suivent pas, et pour un pouvoir d'achat qui a globalement baissé sur la période 2010 – 2019 : on est au cœur du réacteur de la crise hospitalière. Rappelons que pour ce qui est de la rémunération des infirmier.e.s, la France figure au 28^{ème} rang sur 32 pour les pays de l'OCDE...

II. Du déni et de l'ignorance organisés

Nous rappelons en introduction les propos du Président de la République selon lesquels « *personne n'avait vu à ce point l'accélération du malaise et parfois des difficultés de fonctionnement véritables* ». Personne vraiment ? Personne dans les couloirs des ministères certainement. Mais les statisticiens et les sociologues eux l'avaient vu venir de loin. La DARES, par exemple, avait amplement documenté la dégradation des conditions de travail dans la

¹ Pour une analyse des apories du « virage ambulatoire », cf. Frédéric Pierru, « Le cauchemar de « l'hôpital du futur » », *Le monde diplomatique*, octobre 2019.

² Pour un bilan incontournable de la politique hospitalière depuis 2009, lire Pierre-Louis Bras, « L'ONDAM et la situation des hôpitaux depuis 2009 », *Les Tribunes de la santé*, n° 59, 2019.

fonction publique hospitalière³. Le sociologue Nicolas Belorgey avait dès 2010 montré les effets pervers du productivisme imposé par les consultants dans les services d'urgence⁴ tout comme un collectif de médecins et de chercheurs dans les autres services hospitaliers⁵ pour ne citer que quelques exemples. Tous les indicateurs passaient au rouge : augmentation du taux d'absentéisme, du *turn-over*, du nombre des démissions de paramédicaux épuisés. Des médecins, tels André Grimaldi, Anne Gervais ou Jean-Paul Vernant, ont publié nombre de tribunes et de pétitions. Enfin, alors que le monde hospitalier peine à faire cause commune, en raison de son extrême balkanisation, de ses rivalités inter-professionnelles, on a vu se multiplier ces quatre dernières années les « journées d'action » et les grèves symboliques.

Comment dès lors expliquer la surprenante surprise du gouvernement actuel ? Pour avoir participé à diverses commissions ou réunions dans lesquelles siégeaient des hauts fonctionnaires et des « experts », l'auteur de ces lignes a pu observer à de nombreuses reprises le réflexe consistant à balayer d'un revers de main la manifestation de plaintes et de mécontentements des hospitaliers, disqualifiés par avance : les gens auraient cette fâcheuse tendance à se plaindre pour préserver le *statu quo* et, par conséquent, leurs « rentes ». « *Si on commence à prendre en compte toutes les récriminations, on ne fera rien, rien ne bougera* » lit l'auteur sur l'un de ses carnets de terrain.

Ce déni n'est pas seulement un « trait de caractère » des réformateurs actuels de l'hôpital, dont les origines sociales n'ont jamais été aussi homogènes. Plus gravement, il est le résultat d'une sécession par le haut des élites et d'une défection par le bas des acteurs de terrain. Autrement dit, ces mondes se rencontrent de moins en moins. La Révision générale des politiques publiques, lancée en 2009, fut, à cet égard, exemplaire. La réforme de l'État territorial de même que la fameuse loi « Hôpital patients santé territoire » ont été élaborées « en chambre » par des petites équipes composées d'inspecteurs des finances, de très hauts fonctionnaires sectoriels et... de nombreux consultants issus des cabinets de conseil, le tout sous la tutelle du Premier Ministre et du Président de la République. Par choix politique, les acteurs de terrain ont été délibérément exclus du processus décisionnel, ce qui a conduit à la première grande manifestation dans les rues de Paris de l'élite des cliniciens, des paramédicaux, des syndicats de fonctionnaires en 2009, grande manifestation qui s'est reproduite, pour les mêmes raisons, presque 10 ans plus tard.

La sociologue Marie-Anne Dujarier a mené une sociologie fine de ces « planneurs » qui, dans les entreprises comme dans les ministères, élaborent des réformes, fabriquent des instruments de gestion, définissent des normes et des standards sans ne plus avoir jamais aucun contact avec le travail réel qu'ils cherchent pourtant à « rationaliser »⁶. Planneurs avec deux « n » car ces acteurs planifient le travail des autres, tout en étant hors sol. C'est ainsi, par exemple, que depuis 2010, les hôpitaux ont vu débarquer des consultants, mandatés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), armés de leurs *powerpoints* et des recettes du *lean management*, et censés aider les hospitaliers à réaliser des « sauts d'efficacité »... On a vu le résultat de cette industrialisation à marche forcée du travail soignant. C'est que ces coûteux consultants ont oublié que le soin porte sur de l'humain, et

³ Voir le bilan de ces études dans Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent, *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'Agir, 2019, p. 69 et s.

⁴ Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, 2010.

⁵ Bertrand Mas et al., *L'hôpital en réanimation*, Éditions du Croquant, Bellecombe-en-Beauges, Éditions du Croquant, 2011.

⁶ Marie-Anne Dujarier, *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*, Paris, La Découverte, 2015.

comporte donc une part irréductible de singularité et d'incertitude. Des sociologues chicogoans avaient montré dès les années 1960 les apories de la volonté de standardisation à tout prix des soins délivrés aux malades chroniques⁷ ! Or c'est bien au défi des malades chroniques que s'affronte l'hôpital contemporain⁸. Seule une petite partie de la médecine hospitalière peut être standardisée selon une rationalité industrielle : la plus technique, la plus programmable. Ce « management désincarné » s'est donné les moyens – les systèmes d'information en particulier – de gouverner à distance les professionnels, perdant de ce fait le contact avec la réalité et en s'enfermant dans une bulle où domine « la tentation de l'architecte » pour reprendre l'expression parlante du politiste spécialiste de la réforme de l'État, Philippe Bezès⁹.

A cette sécession des élites réformatrices par le haut, il faut ajouter la sortie par le bas des acteurs de terrain. L'une des forces de la domination gestionnaire actuelle est de rendre difficile la prise de parole collective au profit de la défection individuelle et de la loyauté résignée. Comme nous l'avons montré¹⁰, la défection individuelle peut prendre des formes très diverses : le suicide dans les cas les plus dramatiques, l'absentéisme, le turn-over mais aussi la fuite vers le privé pour les spécialités et compétences en tension. La loyauté résignée est celle des pratiquants des réformes mais qui ne sont pas croyants. Autrement dit, de toutes celles et ceux qui sont pris dans les rouages gestionnaires qu'ils désavouent mais qu'ils font tout de même tourner, au prix d'un désinvestissement subjectif dans leur travail. Et ils sont nombreux, du haut (les directeurs d'établissement) en bas (les aides-soignantes ou les secrétaires médicales). La prise de parole est davantage individuelle que collective et a tendance à s'exprimer sur le terrain politique : en 2017, pendant les élections présidentielles, journalistes et politiques s'étaient alarmés de la forte progression du vote FN au bas de l'échelle de la fonction publique hospitalière. Encore un indicateur de la crise hospitalière qui fut immédiatement oublié une fois l'élection terminée...

La mobilisation hospitalière de grande ampleur actuelle montre cependant que la domination gestionnaire trouve ses limites une fois qu'un seuil collectif d'indignation est dépassé. Le monde hospitalier retrouve, non sans mal, une *voix et une voie collectives* pour exprimer des conditions de travail délétères aussi bien pour les soignants que les patients. Mieux : elle emprunte un répertoire d'action assez inédit comme les mises en arrêt-maladie collectivement organisées ou encore la grève du codage. Nul doute que le gouvernement va chercher à réaffirmer l'emprise de la domination gestionnaire en se jouant des divisions et des concurrences qui traversent l'hôpital. Le plan présenté le 20 novembre 2019 montre clairement cette ligne stratégique. Cela étant, l'indignation devant les effets d'annonce masquant la pauvreté des moyens supplémentaires alloués à un hôpital exsangue neutralise pour l'instant les forces centrifuges qui menacent à tout moment le mouvement.

⁷ Anselm Strauss, « L'hôpital et son ordre négocié », dans Anselm Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992 [1963].

⁸ André Grimaldi et al., *Les maladies chroniques. Vers la troisième médecine*, Paris, Odile Jacob, 2017.

⁹ Philippe Bezès, *Réinventer l'État*, Paris, PUF, 2009.

¹⁰ Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent, *La casse du siècle, op. cit.*, chapitre 5.