



HAL
open science

Les contresens et les sens interdits du néomanagement

Frédéric Pierru, Anne Gervais

► **To cite this version:**

Frédéric Pierru, Anne Gervais. Les contresens et les sens interdits du néomanagement. André Grimaldi; Frédéric Pierru. Santé : urgence, Odile Jacob, pp.129-144, 2020. hal-03094307

HAL Id: hal-03094307

<https://hal.science/hal-03094307v1>

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.

Les contresens et les sens interdits du néomanagement

Anne Gervais, Frédéric Pierru

L'hôpital, institution pluriséculaire, a été, jusqu'au XIX^{ème} siècle, principalement un lieu d'accueil sans soins, destiné aux seuls pauvres. C'est seulement à compter de cette période qu'il s'est progressivement médicalisé et qu'il est devenu un lieu d'accueil *et* de soins. L'élite du corps médical y a trouvé le « stock de malades » pour affiner ses catégories nosologiques – l'identification et la classification des maladies – dans le cadre de la médecine anatomo-clinique. La thérapeutique était alors des plus rudimentaires car la médecine a commencé à devenir efficace à partir des années 1930 et la découverte des sulfamides et des antibiotiques. Ces grands mandarins cliniciens, régnant sur des services immenses, étaient assistés par des personnels principalement religieux, et réservaient leur après-midi à l'exercice de la médecine dans leur cabinet de ville, fréquenté par les classes bourgeoises. Ceux qui allaient devenir les « managers » hospitaliers, à savoir le corps des directeurs d'hôpital, n'étaient alors que les simples secrétaires des notables locaux qui siégeaient au sein des conseils d'administration. Aussi, le terme « hôpital » désigne des réalités organisationnelles qui n'ont rien de comparable entre le XIX^{ème} siècle et en ce début de XXI^{ème} siècle. En effet, la seconde moitié du XX^{ème} siècle a impulsé une véritable « révolution hospitalière ».

A compter de 1941, et surtout 1945, l'hôpital s'est ouvert à toutes les classes de la société qui ont acquis le statut d'assurés sociaux. L'humanisation des hôpitaux a consisté en la disparition des salles communes et à l'amélioration sensible du confort des patients. Surtout, la médecine clinique a peu à peu cédé la place à la biomédecine. Les principales découvertes médicales se sont faites dans les laboratoires des biologistes, des chimistes, des physiciens. Les cliniciens, avec la réforme de 1958, sont devenus des chercheurs et des enseignants, et surtout, ont dû consacrer tout leur temps à l'hôpital. Des Centre Hospitalo-Universitaires (CHU), dotés de plateaux techniques étoffés, ont été créés sur l'ensemble du territoire. A l'intérieur des établissements, les grands empires des « mandarins » ont éclaté en plus petits « fiefs » sous l'effet de la dynamique de spécialisation de la médecine contemporaine. Les religieuses ont été remplacées par des professionnels paramédicaux laïcs qui ont acquis et formalisé des compétences, conquis des statuts et cherché à s'émanciper de la tutelle médicale. Plus globalement, la division du travail s'est considérablement approfondie : le nombre de métiers, soignants mais aussi administratifs et techniques, a littéralement explosé¹. La problématique de l'organisation des soins s'est progressivement imposée, tout comme celle de la maîtrise de dépenses hospitalières en forte croissance. L'hôpital est devenu après la seconde guerre mondiale, en effet, le centre de gravité de l'offre de soins (c'est le fameux « hospitalo-centrisme » français, qui, en fait, n'a rien de spécifiquement français).

Organisation et « rationalisation » économique donc : voici les deux impératifs de l'hôpital de la fin du XX^{ème} siècle. A cette double question, les pouvoirs publics ont répondu par les « solutions » qui, inventées aux États-Unis, ont progressivement essaimé en Europe, via le sas d'acclimatation qu'est la Grande-Bretagne. Elles ont été ramassées en un slogan, le « New Public

Management » (NPM) ou « nouvelle gestion publique ». Le principe en est simple : il s'agit d'importer dans tous les services publics, donc aussi les hôpitaux, les techniques de gestion des entreprises privées afin de les rendre plus « efficaces ». Les réformes se sont accumulées et sont allées de pair avec l'affirmation d'un « État hospitalier » central décidé à en finir avec l'autonomie pluriséculaire des hôpitaux, autonomie perçue comme inflationniste. Le paradoxe est que cette restriction progressive de l'autonomie des hôpitaux s'est faite au nom de... l'autonomie !

Du « mandarin » au néo-manager

C'est que la notion d'autonomie a, été entre-temps, littéralement subvertie. Longtemps synonyme d'indépendance du corps médical à l'égard d'une administration qui se contentait d'assurer la logistique et de trouver les ressources humaines, matérielles et techniques réclamées par la profession médicale, elle est devenue au fil du temps une notion à forte connotation gestionnaire : l'autonomie oui, mais à condition que son usage aille dans le sens des objectifs, principalement financiers, des tutelles nationales et locales des établissements. Autrement dit, il s'agit d'une autonomie sérieusement encadrée par les instruments de gestion. Les soignants sont désormais sommés de « rendre des comptes » quant à l'usage de moyens dont la croissance est considérée par les acteurs politiques comme de plus en plus problématique : tableaux de bords, comptes de résultats, prolifération d'objectifs et d'indicateurs, tous ces instruments permettent aux gestionnaires d'entrer au cœur du réacteur hospitalier, à savoir les services et les activités de la médecine.

Si, initialement, le « mandarin » régnait sans partage dans son service, légitimé par ses qualités professionnelles, réelles ou supposées, les réformes ont progressivement acté sa mutation en gestionnaire sous l'autorité du directeur. La légitimité professionnelle a été de plus en plus contestée par la légitimité managériale puis a fini par s'hybrider avec cette dernière ; si, dans un premier temps, les praticiens hospitaliers se sont rebiffés contre cette immixtion, peu à peu certaines fractions d'entre eux commencent à jouer le jeu en occupant par exemple les chefferies de « pôles », ces regroupements de services à vocation médico-gestionnaire. A leurs côtés, les cadres paramédicaux de pôle sont à la tête d'une pyramide parallèle, avec des cadres intermédiaires que sont les cadres de soins. Sous la coupe des patrons médicaux, la hiérarchie paramédicale n'avait pas d'autonomie. Elle n'en a pas plus aujourd'hui mais elle a trouvé une reconnaissance avec son transfert sous l'autorité administrative. Mais qu'il soit médecin ou cadre de pôle, le « manager » doit exécuter normes et *process* définis en dehors des équipes qui travaillent auprès des patients. Dorénavant, il répond à des injonctions chiffrées. Cette grande mutation managériale de l'hôpital a un objectif principal : augmenter la productivité, l'amélioration de la « qualité » n'étant, dans ce cadre, qu'un slogan visant à faire accepter cette logique économique aux soignants ainsi que l'a montré le sociologue Nicolas Belorgey à propos de l'indicateur du « temps de passage aux urgences »ⁱⁱ. Ainsi, de l'efficacité médicale, l'on est passé au règne de « l'efficacité » sous couvert de rationalisation des dépenses et d'une meilleure allocation des ressources. Le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats suppose en outre le déploiement de systèmes d'information visant à renseigner des indicateurs composant des « tableaux de bord ».

Peu à peu les managers se sont éloignés des équipes de terrain et l'organisation du travail s'effectue à distance suivant les vieux préceptes tayloriens ripolinés en « *lean management* » : prévoir, organiser commander coordonner et contrôler. Les « managers » deviennent des

« planneurs », pour reprendre la judicieuse expression de Marie-Anne Dujarier, soit cet ensemble d'acteurs chargés de planifier le travail des opérateurs de terrain, mais en survol de leurs organisations et de la réalité du travail de terrainⁱⁱⁱ. Toujours plus d'ingénieurs, de « qualitatifs », de « techniciens de l'information médicale » permettent le *reporting* et prétendent améliorer l'organisation hospitalière. Certes, l'emploi hospitalier continue d'augmenter mais à un rythme bien moindre que celui de la productivité des soignants, dont le travail s'intensifie, et ce d'autant plus que les établissements hospitaliers publics doivent accueillir, 24 heures sur 24, 365 jours par an, les patients les plus « lourds » et les cas les plus « complexes », dans le contexte général du vieillissement de la population, de la montée des maladies chroniques et de la précarisation sociale d'une frange de plus en plus importante de la population française. En effet, la médecine de ville, dont les porte-parole continuent de défendre l'identité libérale historique, n'est toujours pas organisée en service public de soins de proximité. Pire, la banalisation des dépassements d'honoraires d'une part, les effets retardés du *numerus clausus* associés à la liberté d'installation qui multiplient les « déserts médicaux » d'autre part, sont à l'origine d'un transfert d'activités de la ville vers l'hôpital, à rebours d'un « virage ambulatoire » largement incantatoire. Les cliniques privées commerciales, quant à elles, se spécialisent sur les cas et les créneaux les plus rentables tandis qu'en aval du système de soins, le secteur « médico-social » est confronté à une pénurie chronique de moyens.

Le tournant néo-libéral des années 2000

Jusqu'à la fin des années 1990, les pouvoirs publics se montraient relativement prudents face aux coalitions locales hospitalières, composées des directeurs, des élus locaux, des praticiens hospitaliers et des syndicats. La « contrainte affichée » n'était pas la « contrainte réelle » car des jeux politiques complexes permettaient de contourner les injonctions d'une administration déconcentrée faible en moyens humains, matériels et d'expertise^{iv}. Il n'était pas rare que le maire, président du conseil d'administration, et de surcroît député ou sénateur, en appelait directement au cabinet du ou de la ministre de la Santé pour obtenir une dérogation aux indices d'équipement de la carte sanitaire ou une « rallonge » budgétaire. Les restructurations du parc hospitalier se faisaient donc à petits pas, en fonction des rapports de force politique locaux. A compter de 2002, le ralentissement sensible de la croissance, et donc le creusement mécanique du déficit de l'assurance maladie, en sus d'une « contrainte européenne » de plus en plus forte conduisent le gouvernement de droite nouvellement élu à se départir des impératifs de prudence et de négociation au profit d'un choix ouvertement assumé par ses promoteurs comme « idéologique ». « L'hôpital-entreprise », slogan qui avait connu une mauvaise fortune au tout début des années 1980, revient sur le devant de la scène mais cette fois porté par des décideurs politiques et administratifs résolus à en faire une réalité organisationnelle.

La réforme la plus structurante de ce changement d'orientation porte sur les modalités du financement des établissements. A partir de 2005, la tarification à l'activité (T2A) remplace progressivement la dotation globale de fonctionnement annuelle que recevait chaque établissement. Désormais, il ne s'agit plus de financer automatiquement les structures mais de rémunérer le volume et la nature de leur activité telles qu'ils sont mesurés par le programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI). « L'argent doit désormais suivre le patient » selon le slogan thatcherien puis blairiste. La logique de moyens dévolue à des structures considérées comme nécessaires cède la place à une logique de résultats conforme à l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) votée en 2001. Dès lors, il s'agit de déterminer

les dépenses en fonction des recettes issues des activités déployées et non de déterminer d'abord les activités nécessaires pour y consacrer les financements requis. La logique de réponse aux besoins s'efface devant la logique budgétaire. Pour les thuriféraires du nouveau management public, l'esprit d'entreprise, de rentabilité et de concurrence doivent permettre d'impulser du « dynamisme » dans un monde hospitalier présenté comme sclérosé et décourageant pour celles et ceux qui y travaillent. L'heure est désormais à la « conquête de parts de marché », au « business plans », à l'analyse stratégique du « marché » des soins. Cette logique marchande entre en contradiction avec certaines missions sociales et de santé publique. Ainsi, l'égal accès aux soins pour tous, et notamment des plus démunis, devient contradictoire quand il s'agit de favoriser les activités les plus lucratives, c'est-à-dire les soins les plus techniques, programmables et standardisés. Certes, les pouvoirs publics ont prévu un mode de financement complémentaire à la T2A, sous la forme d'enveloppes budgétaires dédiées, pour financer ces missions dites d'intérêt général. Mais dès 2010, le versement de ces financements dédiés sont conditionnés au retour à l'équilibre financier des établissements hospitaliers. Faute d'actions suffisamment énergiques de la part des directions, ils sont gelés. Pour beaucoup de soignants, encore souvent motivés par le service du « bien commun », la recherche d'une productivité accrue entre en conflit avec des dimensions essentielles au soin, qualitatives et donc non mesurées, comme le temps d'échange entre soignants ou entre ces derniers et les patients. L'hôpital est sommé de devenir une usine à soins techniques produits à flux tendu qui se positionne sur un « marché des soins locaux ». Il est aussi incité à se rapprocher des structures privées dont les pouvoirs publics louent la « souplesse », la « réactivité » et « l'efficacité », au point d'ailleurs qu'ils veulent aligner les tarifs du service public sur ceux du secteur privé^v...

Une telle révolution managériale avait un présupposé qui n'a pas été assumé officiellement par les décideurs politiques. En effet, si l'hôpital est mis en concurrence avec les structures privées, lucratives ou non, alors il faut en finir avec la notion même de service public hospitalier, et, à terme, avec le statut de la fonction publique hospitalière. La loi de 2009 pose la première pierre de cette privatisation rampante en « vaporisant » le service public hospitalier, lequel est découpé en tranches, c'est-à-dire en missions que les directeurs généraux des nouvelles agences régionales de santé (ARS) – des hauts fonctionnaires contractuels nommés et révocables chaque semaine en conseil des ministres – peuvent allouer indifféremment au public et au privé. Il s'agit, en d'autres termes, d'organiser le partage du marché entre ces deux secteurs selon la logique classique de la socialisation des pertes et de la privatisation des profits. Ce mélange typiquement NPM de caporalisme technocratique et de mise en concurrence est, dans le même temps, importé au sein même des établissements : « il faut un vrai « patron » à l'hôpital ! » s'exclame le président de la République élu en mai 2007. Ses vœux sont aussitôt exaucés par le législateur : toute légitimité procède désormais des chefs d'établissement qui nomment, par exemple, les chefs de pôle auxquels sont rattachées les « structures internes », le terme de « service » disparaissant même de la loi. La légitimité soignante est subordonnée à la légitimité gestionnaire. La ligne hiérarchique remonte aussi verticalement : le directeur de l'hôpital a au-dessus de lui un directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), lui-même sous l'autorité hiérarchique du ou de la Ministre de la Santé. Ce directeur général est un super préfet sanitaire qui conclut des contrats d'objectifs et de moyens avec les hôpitaux, contrats eux-mêmes assortis d'indicateurs, de *reporting*, absorbant toujours plus de temps d'agents hospitaliers ou de système automatique informatisé... alimenté par les personnels depuis l'agent de facturation jusqu'au médecin.

Une seconde révolution bureaucratique à l'hôpital

La défiance des gestionnaires à l'égard des soignants, susceptibles de ne pas restituer de façon « objective » leur travail, renforce la volonté de contrôle, de la prescription et du gouvernement à distance. Tel est le paradoxe principal du Nouveau Management Public : fondé sur une critique acerbe, et parfois fondée, de la bureaucratie classique, sur la volonté d'en finir avec la paperasserie (« *cut the red tape* »), il participe, dans les faits, du déploiement d'une seconde couche de bureaucratie que la politiste Béatrice Hibou a justement qualifiée de « néo-libérale »^{vi}. Autrement dit, il bureaucratise au carré l'hôpital, les formalités bureaucratiques accaparant toujours plus de temps soignant.

Cette seconde révolution bureaucratique a reposé au premier chef sur la mise en place d'un archipel d'agences, flanquant l'administration centrale du ministère de la santé, et concentrant des expertises censément être « indépendantes ». Ces agences peuvent remplir trois fonctions : soutien, contrôle et évaluation, allocations de moyens. Les agences de « soutien » en santé sont nombreuses : elles centralisent les données permettent la bonne circulation de l'information et coordonnent des organisations, peuvent leurs attribuer des moyens parfois important (Santé publique France est doté de 207 millions d'euros, l'ANRS de 43 millions, l'Agence de biomédecine 70 millions, l'INCA de 87 millions...). D'autres initialement créées pour le soutien (centraliser les données pour l'ATIH ou l'état de la science pour l'HAS) endossent une fonction de contrôle. A noter que certaines, telles l'agence de biomédecine, peuvent endosser les trois fonctions : soutien, allocations de ressources et contrôles. La bureaucratisation semble plutôt émaner de celles qui gèrent le contrôle soit *a priori* (par la définition des normes et procédures prescriptrices telles que l'ANAP) soit *a posteriori* sans implication directe des acteurs de terrain concernés (accréditation et évaluation par l'HAS).

En 2009 est créée l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dont la mission est « d'aider les établissements de santé à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers [...] leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses ». Ainsi cette agence, avec un large recours à des cabinets conseils (budget annuel de près de 22 millions d'euros), émet des recommandations prescriptrices telle que le ratio optimal d'infirmière, d'une pour 14 lits. Ses publications nombreuses créent les indicateurs et les chaînes de *reporting*. Les prescriptions organisationnelles pour tout le champ de l'activité hospitalière ont pour but de normer et de standardiser les procédures de « production » et d'optimiser l'allocation des ressources sans que le rapport au terrain ne puisse entraîner un questionnement sur la pertinence des prescriptions. Le contrôle des organisations est un but en soi pour rentabiliser au maximum les activités. Il n'est jamais conçu avec un *feedback* des soignants à même de déterminer quelle organisation les rend plus performants.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a été créée en 2000 et collecte les données des établissements de santé : activité, coûts, organisation et qualité des soins, finances, ressources humaines... Elle est dotée d'un budget annuel de 28 millions d'euros. L'élargissement de ses missions (calcul des tarifs et coûts hospitaliers et du secteur médico-social, allocation des ressources) l'a conduite « à recourir de façon croissante à des prestations externes » comme elle l'indique dans son rapport annuel. Mais elle élabore aussi et permet la maintenance des nomenclatures de santé : classification internationale des maladies (CIM),

classification commune des actes médicaux (CCAM), catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR)... Un rôle aussi indispensable pour la santé publique que pour la construction de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie et l'allocation des ressources qui en découle.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a un rôle plus près des pratiques de terrain : avec 53 millions d'euros de budget, elle évalue les médicaments au vu des publications scientifiques et des résultats des essais thérapeutiques, émet des recommandations professionnelles en les confiant aux sociétés savantes. Cette part de son activité est une aide indéniable aux acteurs hospitaliers. Son rôle est plus discuté dans le champ de l'évaluation et accréditation des établissements de santé. Du côté des établissements, l'évaluation et l'accréditation s'apparentent à bien des égards à des visites de « villages Potemkine » consommant sur plusieurs semaines l'énergie et le temps des acteurs de terrain. D'une façon générale, les indicateurs « tombent » de l'HAS, sans être construits véritablement avec les hospitaliers. Si l'évaluation est faite par des « pairs », ces derniers sont nommés par l'agence et non proposés par les établissements. Enfin, et surtout, les décisions finales du contrôle ne sont pas émises par les évaluateurs mais par la direction de l'agence elle-même.

La fonction contrôle est donc croissante sans que ses bénéfices soient évidents, bien au contraire. Obtient-on autre chose avec cette bureaucratisation que « dépenser un pognon de dingue » en pure perte ? Certes, le contrôle et l'évaluation sont importants pour une activité médicale qui doit être très strictement régulée afin d'en assurer la qualité et la sécurité. Mais le contrôle prescripteur *a priori*, comme celui exercé par les consultants de l'ANAP, vise davantage l'accroissement de la productivité que la qualité des soins. De la même façon, un contrôle *a posteriori* sans indépendance des évaluateurs, sans reconnaissance par leurs pairs évalués, comme à l'HAS, sans co-construction des indicateurs, entraîne surtout un dévoiement de l'évaluation. La liste n'est pas exhaustive. Elle met en évidence les ressources investies dans la prescription et le contrôle à distance des hôpitaux, mais ne rend pas compte des ressources internes aux hôpitaux qui sont consacrées à alimenter ce contrôle. On travaille plus à prouver qu'on travaille, à alimenter les tableaux du *reporting*, à améliorer l'indicateur...et moins réaliser le mieux possible sa tâche. Le but est moins la qualité des soins que la conformité à la norme, nouvel impératif social qui ne peut que fabriquer à la chaîne des impostures comme l'a remarqué avec acuité Roland Gori^{vii}. Cette nouvelle version du « Gosplan » ne peut en effet que favoriser ce que les chercheurs anglo-saxons appellent le « *gaming* », autrement la triche généralisée (par exemple, en manipulant les indicateurs) et, au final, l'érosion de la *confiance*, ce bien symbolique essentiel qui soude les collectifs de travail, si essentiels au fonctionnement de l'hôpital.

L'auto-évaluation et l'évaluation par les pairs qui devrait être au centre des méthodes d'amélioration de la qualité des prises en charge à l'hôpital sont largement déconsidérées. Pourtant, la littérature sur les « hôpitaux magnétiques », ceux attirants soignants et soignés, est déjà abondante, reconnue (première étude en 1983) et décrit bien l'importance de donner de l'autonomie aux équipes, réduisant ainsi le taux d'encadrement, privilégiant l'action sur le contrôle, le souci du patient sur les indicateurs, l'adhésion des équipes.

Délitement des collectifs, dégradation des conditions de travail et érosion de la qualité des soins

Cette logique top-down – dont la finalité est plus le contrôle que le soutien aux soignants – est reproduite à l'intérieur de l'hôpital, selon un schéma de poupées russes. Si l'établissement contractualise des objectifs assortis d'indicateurs avec l'ARS, chaque pôle contractualise avec la direction ses objectifs annuels, et le tout est décliné pour chaque unité de travail. Les soignants subissent l'intensification du travail tandis que le travail réel s'éloigne toujours plus du travail prescrit et objectivé par les indicateurs. La politique du chiffre se substitue au projet soignant. Certains médecins et paramédicaux trouvent leur place comme prescripteurs et courroies de transmission, d'autres restent des opérateurs et souffrent d'un « management paradoxant »^{viii} : il leur faut travailler plus et mieux mais avec moins d'autonomie et des moyens qui ne suivent pas. La polyvalence subie devient une modalité courante de gestion de la pénurie de personnels. Les personnels sont la variable d'ajustement des budgets, leurs horaires sont plus souvent alternés pour boucher les trous, des paramédicaux sont rappelés en dehors de leur planning. Le *turn-over* des paramédicaux s'accroît alors que la faible autonomie dans l'accomplissement du travail entraîne un sentiment de dévalorisation voire de déclassement. Certains s'en vont, d'autres se révoltent. Ceux qui n'ont pas de latitude de protestation ou de possibilité de fuite, s'organisent pour réduire leur exercice clinique, se retranchent derrière leurs fiches de poste. Quand le travail devient insatisfaisant mieux vaut en réduire la durée ou en obtenir la meilleure des rémunérations.

Dans ce contexte, la qualité des rapports sociaux au sein des équipes devient le dernier facteur de cohésion. Or le but du management, malgré la rhétorique affichée, n'est pas la cohésion des équipes. Un établissement hospitalier a-t-il jamais envisagé que les agents soient d'abord choisis pour leur aptitude au travail collectif, que les chefs ou directeurs soient évalués en tenant compte de l'avis de leurs subordonnés ou de leurs pairs ? L'hôpital actuel est organisé comme un bataillon d'infanterie du XIX^{ème} siècle, selon une logique caporaliste, alors qu'il devrait s'inspirer des méthodes de management des organisations de « haute fiabilité ». Comme l'explique Christian Morel, ce qui fait la sécurité d'un cockpit, d'un sous-marin nucléaire ou d'un bloc opératoire n'est pas la hiérarchie mais la collégialité^{ix}. Les débats contradictoires s'accordent mal avec une organisation prescrite mais permettraient pourtant d'améliorer les dysfonctionnements. L'échange d'informations, les briefings et débriefings, l'encouragement à la réflexivité, les contrôles croisés, etc. sont une source de formation permanente mais ils se heurtent à une organisation verticale. Une difficulté particulière à l'hôpital vient, on l'a dit, de la multiplicité des métiers et des compétences qui interagissent. Ce qui rend plus cruciale encore la coopération, la communication, le retour d'expérience multidisciplinaire, sans *a priori* hiérarchique.

Sortir de la folie néo-managériale et libérer le travail soignant pour affronter le défi des maladies chroniques

Les réformes qui se sont accumulées depuis les années 1990 ont toutes pour point commun de prôner l'évaluation des activités et des individus, mais elles se refusent à tirer les conclusions pratiques de leur propre évaluation ! Et quand on le fait, c'est pour en tirer des conclusions surprenantes, un peu comme celles qui avaient cours dans les ex-pays du bloc soviétique : si les réformes ne produisent pas les effets attendus par leurs promoteurs, c'est que l'on n'est pas encore assez loin dans la mise en concurrence, le raffinement des indicateurs, la standardisation des *process*, la contractualisation, ou que les acteurs de terrain font montre d'une trop grande « résistance au changement » ! On peut voir là la manifestation d'une idéologie qui, par définition, se caractérise par son insensibilité aux démentis infligés par les faits. On peut aussi y

voir une croyance cyniquement entretenue par ce qui est devenu une lucrative industrie managériale qui va des écoles de commerce jusqu'aux cabinets de conseil en passant par les GAFAM et les *start-up* spécialisées dans la santé.

La littérature académique en économie, en sociologie, en gestion a fait litière des promesses mirifiques du NPM. Elle a amplement documenté les apories et les effets pervers des instruments gestionnaires tels que les indicateurs ou encore le paiement à la performance^x. Même les rapports parlementaires d'évaluation de la Révision générale des politiques publiques (RGPP), lancée en 2007, sont très critiques. Ce constat d'échec ne souffre aucune contestation.

Dès lors, un minimum de rationalité supposerait d'abandonner des « solutions » qui accumulent les problèmes, pour une raison que tout professionnel ou tout sociologue connaît : l'hôpital est une organisation collective qui ne peut être assise sur des liens d'allégeance disparates avec une juxtaposition de contrats d'objectifs déclinés jusqu'au niveau individuel. Le cœur de l'hôpital, c'est l'équipe. Or une équipe suppose de la stabilité, de l'interconnaissance, du temps pour échanger, mais aussi de l'autonomie pour innover. Le travail en équipes pluridisciplinaires, ouvertes sur l'extérieur de l'hôpital, est contradictoire avec la T2A qui, au contraire, tend à inciter les acteurs hospitaliers à se refermer sur eux-mêmes et à entretenir des relations de rivalité avec les autres services et acteurs du soin. Il est aussi antinomique de la néo-taylorisation du travail soignant qui conduit à se centrer sur l'aspect purement technique du soin et à délaisser des dimensions pourtant essentielles, comme l'échange entre soignants, et entre ces derniers et les patients. Ceux-ci sont d'ailleurs de plus en plus des malades chroniques dont la prise en charge de qualité implique une bonne coordination des acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers et exigent du temps pour les aider à composer avec leur maladie dans leur vie quotidienne^{xi}. A l'aune de cette transition épidémiologique, le tournant néo-libéral des années 2000 aura constitué un catastrophique contresens dont la crise hospitalière actuelle est la conséquence. Les déclarations récentes de la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, reconnaissent enfin, même si ça n'est pour l'instant que sur un plan rhétorique, cet échec du Nouveau Management Public et de son avatar sectoriel, « l'hôpital-entreprise ». Las, si la reconnaissance de cet échec cuisant doit conduire à inventer une T2A bis, à précariser le personnel hospitalier, voire à en finir avec le statut de la fonction publique hospitalière, à individualiser les carrières et à rémunérer au « mérite », à adjoindre des indicateurs de « qualité » aux très prégnants indicateurs financiers, la crise hospitalière ne pourra aller qu'en s'approfondissant. « La définition de la folie, c'est de refaire toujours la même chose et d'attendre des résultats différents » faisait remarquer il y a longtemps Albert Einstein. En ce sens, le NPM est une folie.

Pour autant, il ne saurait être question de restaurer le « mandarinat » d'antan, regretté par quelques-uns. La médecine a considérablement changé, les patients aussi, de même que les attentes de la société à l'endroit du système de santé, qui ne peut plus être seulement un système de soins. La santé publique doit devenir le cœur des établissements de santé, eux-mêmes ouverts sur leur environnement.

Du personnel en nombre suffisant, des conditions de travail décentes mais aussi la valorisation, symbolique et matérielle, des équipes de soin sont les remèdes à la crise hospitalière. Un tel changement de paradigme se résume assez facilement : la défiance doit laisser place à la confiance entre gestionnaires et soignants, la promotion du collectif de travail à l'individualisation du rapport au travail, l'autonomie « autorégulée » à l'obsession du contrôle^{xii},

la domination médicale sans partage à la multidisciplinarité, du temps suffisant à la chasse sans fin aux « temps morts », la stabilité à la précarité généralisée, le retour d'expériences à la conformation à des objectifs prescrits. Où l'on voit que la solution n'est pas technique mais bel et bien politique.

ⁱ Christian Chevandier, *L'hôpital dans la France du XXème siècle*, Paris, Perrin, 2009.

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

ⁱⁱⁱ Marie-Anne Dujarier, *Le management désincarné*, Paris, La Découverte, 2017.

^{iv} Jean-Claude Moïsdon, Dominique Tonneau, *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Paris, Seli Arslan, 2015.

^v André Grimaldi, *L'hôpital malade de la rentabilité*, Paris, Fayard, 2009.

^{vi} Béatrice Hibou, *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, Paris, La Découverte, 2012.

^{vii} Roland Gori, *La fabrique des imposteurs*, Arles, Actes Sud, 2015.

^{viii} Vincent de Gaulejac, Fabienne Hanique, *Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*, Paris, Seuil, 2015.

^{ix} Christian Morel, *Les décisions absurdes : sociologie des erreurs radicales et persistantes*, Paris, Folio, 2014.

^x Pour une synthèse, Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent, *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'Agir, 2019.

^{xi} André Grimaldi et al. (dir.), *Les maladies chroniques : vers la troisième médecine*, Paris, Odile Jacob, 2017.

^{xii} Thomas Coutrot, *Libérer le travail*, Paris, Seuil, 2018.