



L'encastrement du privé dans l'hôpital public

Alexis Spire, Maud Gelly

► To cite this version:

Alexis Spire, Maud Gelly. L'encastrement du privé dans l'hôpital public. Sociétés contemporaines, 2022, 126, pp.5-31. 10.3917/soco.126.0005 . hal-03911303

HAL Id: hal-03911303

<https://hal.science/hal-03911303>

Submitted on 22 Dec 2022

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.

L'encastrement du privé dans l'hôpital public.

Maud Gelly (CRESPPA-CSU, AP-HP) et Alexis Spire (IRIS)

Résumé

Cet article met en lumière les formes et les effets du développement des activités privées au sein de l'hôpital public. Les consultations privées, la mise à disposition d'infrastructures publiques à des médecins du secteur libéral ou encore le recours fréquent aux intérimaires transforment les principes qui fondent l'ethos de service public de plusieurs façons. Le développement de ces activités fragilise l'égalité de traitement en différenciant les filières de soins selon les ressources des patient·es, remet en cause la défense de l'intérêt général en privilégiant les intérêts pécuniaires des médecins et ceux de l'hôpital sur ceux des patient·es, et affaiblit les collectifs de travail en favorisant la compétition entre les agents. De telles évolutions poussent certains agents à quitter l'hôpital public, tandis que d'autres – femmes, agents peu qualifiés, médecins des spécialités peu rentables - y restent en déplorant que certaines valeurs s'y érodent.

The embedding of the private sector in the public hospital.

When the race for profitability undermines the public service ethos

This article highlights the forms and effects of the increase in private activities within the public hospital. Private consultations, the loan of public infrastructures to private doctors and the frequent use of temporary doctors undermine the principles that underpin the public service ethos in several ways. The development of these activities weakens equality of treatment by differentiating access to care, it calls into question the defence of the general interest by giving priority to the financial interests of doctors and hospitals over those of patients, and weakens work collectives by fostering competition between healthcare staff. Such changes in the work place put workers in a difficult dilemma: to leave or – for women, low-skilled workers, and physicians in low-profit medical specialties - stay in the state hospital organization they work in, deploring the erosion of certain values.

Introduction

La progression des activités privées dans le secteur public est ancienne et touche tous les domaines de l'intervention de l'Etat. A partir des années 1980, le « mimétisme marchand de l'Etat » (Ansaloni et Smith, 2017) a pris la forme de privatisations ou d'externalisations, débouchant logiquement sur l'importation de logiques managériales au sein des institutions publiques. Comme d'autres services publics, les hôpitaux ont été touchés de plein fouet par les réformes inspirées du New Public Management (Pierru, 2007 ; Belorgey, 2010), transformant les patient·es en client·es et les besoins de soins en demandes de biens soumises à des stratégies individuelles d'acquisition (Batifoulier, 2014). Cette marchandisation a renforcé la polarisation des activités au sein de l'hôpital public, établie par des travaux anciens (Chauvenet, 1978) et confirmée par des enquêtes récentes (Darmon, 2021 ; Belorgey, 2021) qui démontrent la permanence de filières de relégation dans lesquelles les classes populaires sont surreprésentées, quand les classes supérieures accèdent plus vite à des services plus spécialisés et mieux dotés en personnel. Initié en Grande-Bretagne où les

hôpitaux publics ont été incités à devenir des entreprises lucratives (Hassenteufel, De Maillard, 2017), l'encastrement des activités privées dans l'hôpital public apparaît comme le produit d'une série d'évolutions qui contribuent à installer la logique de rentabilité au cœur du fonctionnement des services publics.

Cet article vise à mettre en évidence la diversité des formes que prend l'encastrement du privé dans l'hôpital public, ainsi que les effets de cette privatisation souterraine sur les filières de soins, les représentations des personnels et leurs trajectoires professionnelles. L'existence de consultations privées au sein de l'hôpital public est sans doute la plus ancienne manifestation de l'incrustation de la logique marchande au cœur de l'hôpital public. Elle s'accompagne désormais d'autres modalités de privatisation, comme la location d'infrastructures publiques pour des activités libérales ou le recours à l'intérim. Pour les services dits techniques (blanchisserie, restauration, maintenance...), le recours au privé se justifie par la nécessité de réduire les coûts et d'augmenter la productivité en mettant en concurrence les agents du public avec des entreprises extérieures, au nom de la préservation des postes de soignants. Selon les cas, l'usage de la logique marchande n'a pas la même finalité : d'un côté, le développement d'activités privées vise à convaincre les médecins de rester dans l'hôpital public en leur offrant un complément de revenus, tandis que de l'autre, il s'agit de supprimer des postes de personnels ouvriers non soignants et de les remplacer par des acteurs privés.

L'ambition de cet article est de montrer comment le développement du secteur privé transforme l'hôpital public aussi bien sur le plan des principes de son organisation que sur celui des valeurs partagées par ses personnels et de leurs trajectoires.

Dans un premier temps, nous présenterons les formes que prennent les activités privées à l'hôpital public : il s'agit de consultations privées, de la mise à disposition d'infrastructures publiques à des médecins du secteur libéral ou encore du recours de plus en plus fréquent aux intérimaires. Nous montrerons ensuite que la place prise par ces activités transforme l'ethos professionnel des agents du service public, d'abord à un niveau collectif : l'imbrication croissante d'activités privées dans l'ensemble des services hospitaliers conduit les personnels hospitaliers à redistribuer les pathologies et les patient·es en fonction de leurs ressources économiques et de leur couverture sociale, au détriment de l'égalité de traitement et de la solidarité entre services. La place prise par les activités privées se traduit aussi sur le plan individuel, en accentuant la tentation de quitter l'hôpital public.

Méthodologie de l'enquête

L'enquête¹ a été menée entre juin 2020 et septembre 2021 dans un hôpital public du Grand-Est qui, fort de ses 6 400 agents, se présente comme le premier employeur de la région. Au total, 83 entretiens y ont été réalisés avec des personnels soignants, administratifs et techniques. Nous avons essuyé deux refus, et treize fins de non-recevoir émanant principalement de médecins – qui n'ont pas répondu à nos sollicitations après plusieurs relances.

L'enquête a d'abord porté sur la façon dont les agents hospitaliers ont été confrontés à l'épidémie de Covid-19, mais a aussi mis en évidence l'importance de l'activité privée à l'hôpital public. Suite à ce constat inattendu en période d'épidémie, nous avons exploré plus spécifiquement les effets du recours aux activités privées au sein de l'hôpital public. La quarantaine d'entretiens anonymisés mobilisés ici reflète la diversité des catégories de personnel rencontrées tout au long de l'enquête : personnels de direction, chef·fes de service,

¹ Cette enquête constitue l'un des volets du projet CIESCO (Confiance dans les Institutions Etatiques et Scientifiques à l'épreuve de l'épidémie de Covid), financé par l'ANR.

médecins, infirmière·es, aides-soignantes, cadres de santé, agents de service hospitalier et secrétaires.

Notre statut de fonctionnaires soucieux de l'avenir du service public a sans doute contribué à la réorientation de notre enquête. Si ce statut n'a jamais été abordé par nos enquêtés, la relation d'enquête a pu conduire les médecins à euphémiser les motivations pécuniaires qui les ont conduits à ouvrir une consultation privée ou à quitter l'hôpital public.

I) La croissance du privé au cœur de l'hôpital public

L'histoire de l'hôpital public peut se lire comme la difficile autonomisation d'un secteur public produisant des soins financés par la protection sociale, dans un système de santé dominé par la médecine libérale. Jusqu'en 1958, les médecins travaillant à l'hôpital public étaient des médecins libéraux, puis la réforme dite Debré a imposé le statut de médecin hospitalier salarié à temps plein à une profession historiquement hostile à toute forme d'organisation socialisée de la médecine. Pour tenir compte des résistances qu'elle suscite, la réforme autorise les médecins hospitaliers à recevoir des malades à l'hôpital dans une consultation privée à raison de deux demi-journées par semaine et à les hospitaliser dans des « lits privés » (Jamous, 1969, p. 49 et 119). Après l'arrivée des socialistes au pouvoir, la loi de 1983 met fin à ce régime dérogatoire mais la droite le rétablit en 1986, et il n'a ensuite plus été remis en cause (Hassenteufel, 1997, p. 158-159 et 177).

Suite à plusieurs rapports de la Cour des comptes dénonçant la faible régulation des consultations privées à l'hôpital public, la loi de 2015 a légèrement renforcé le contrôle de ces pratiques en obligeant les médecins concernés à être conventionnés avec la Sécurité sociale. Les consultations privées ont néanmoins continué à se développer à mesure que l'hôpital se paupérisait.

IA) Développer les consultations médicales privées au nom de l'intérêt général

La possibilité pour les médecins de développer une consultation privée à l'hôpital dépend d'abord de leur statut (les non titulaires n'y ont pas accès), mais surtout de leur spécialité : certaines demeurant majoritairement masculines peuvent être très lucratives, comme la radiologie ou la chirurgie, tandis que d'autres, plus féminisées, telles que la rhumatologie ou la médecine interne (Jaisson, 2002), le sont beaucoup moins.

Après avoir longtemps été tolérées comme dérogatoires, les consultations privées à l'hôpital sont depuis plusieurs années encouragées par les directions hospitalières avec un double objectif : freiner les départs de médecins vers le secteur privé (cliniques ou cabinet libéral) et augmenter l'activité de consultation de l'hôpital. En effet, la loi autorise les médecins hospitaliers à pratiquer des consultations privées à condition qu'ils réalisent un volume au moins équivalent de consultations publiques, le reste de leur travail étant consacré à d'autres activités comme les hospitalisations. Les directions hospitalières y sont donc très favorables :

« Pour moi, le fait que les jeunes puissent avoir une activité libérale dès le début de la période probatoire, c'est un vrai plus. Nous, on le permet, c'est gagnant-gagnant. [...] Si le médecin veut développer son activité libérale, il y a un équilibre, c'est 50-50, à respecter. Il peut faire 4 000 consultations à l'année ou 1 000. L'important, c'est qu'il en fasse autant du côté public. On n'est pas perdant. Et puis c'est l'image de l'hôpital, c'est l'activité qui est générée à l'hôpital. Pour moi, ce n'est pas un vilain mot l'activité libérale. »

Entretien avec Geneviève² A., membre de la direction de l'hôpital, 26 mars 2021

L'expression « gagnant-gagnant » vient rappeler l'appréciation positive portée sur le développement des activités privées, en valorisant les avantages que peuvent en tirer les médecins et les directions hospitalières et en omettant de mentionner les implications qui en découlent pour les patients. A ce raisonnement répond celui des praticiens qui mettent en avant l'intérêt de l'institution hospitalière pour justifier la légitimité de leurs consultations privées :

« Ça peut apporter à l'hôpital parce que, peut-être, les praticiens qui exercent une activité libérale et qui souhaitent augmenter leur part d'activité doivent aussi augmenter leur activité publique. Quelque part, on peut partir du concept que quelqu'un qui exerce une activité libérale vivra moins en tant que fonctionnaire son activité. C'est des gens qui bossent un peu plus donc ça peut être intéressant....

- Et ça représente combien en revenus dans un mois normal ?
- En revenu net, ça peut être ridicule, ça peut être 5 000 € à l'année, une très, très mauvaise année... vous avez des spécialités qui peuvent monter à 60 000 €. Au sein de la nôtre, on est très modeste (rires). »

Entretien avec Damien B., chef de service de chirurgie digestive, 11 mars 2021

Ce médecin roumain, qui a passé l'internat après son arrivée en France et qui a dû choisir une spécialité peu lucrative, présente la pratique libérale comme doublement bénéfique pour l'hôpital, sur le plan comptable et en raison de la motivation qui en découlerait. Praticien hospitalier depuis quatorze ans, il oppose la dimension entrepreneuriale de la médecine libérale qui pousse à augmenter son activité, à un esprit « fonctionnaire » qu'il dénigre comme l'équivalent d'une forme de démotivation. Loin d'être considérée comme une activité contradictoire avec l'accomplissement du service public, la consultation privée apparaît à ses yeux comme la condition de son maintien. Il minimise néanmoins habilement la dimension lucrative en mettant en avant les très faibles revenus tirés de cette activité en 2020 au cours de laquelle beaucoup de consultations libérales ont été déprogrammées en raison de l'épidémie. A l'instar des professionnel·les de l'art (Bourdieu, 1994, p. 197-198), les médecins partagent un langage qui euphémise toute référence à la dimension marchande de leur activité.

D'autres mettent en avant l'intérêt des patient·es, à l'instar de ce radiologue qui a commencé sa carrière à l'hôpital public avant de rejoindre une clinique où il a pu doubler son salaire, pour finalement revenir à l'hôpital lorsque son nouvel établissement, « repris » par une fondation, engageait un grand nombre de licenciements :

« Ici, il y a des patients qui veulent avoir spécifiquement affaire à un médecin parce qu'ils l'ont déjà eu (...) Et il y en a d'autres qui veulent absolument passer en libéral parce qu'ils pensent qu'ils seront mieux traités ou parce que parfois ça va un peu plus vite... Quand c'est des sportifs professionnels, c'est mieux si on ne leur donne pas rendez-vous dans trois semaines. Les médecins du sport ou les médecins de club m'appellent et on essaie de s'arranger dans ma consultation libérale. J'ai des créneaux qui sont prévus pour ça ».

Entretien avec Yves C., chef de service de radiologie, 11 mars 2021

Fils de médecin hospitalier, ce praticien en fin de carrière se déclare « hospitalier dans l'âme ». Son salaire est de 100 000 euros bruts par an, et sa consultation privée à l'hôpital lui rapporte 30 000 euros bruts, mais il insiste sur d'autres raisons que l'argument financier pour

² Les noms et prénoms des enquêté·es ont été remplacés pour préserver leur anonymat.

justifier son activité libérale. Il met en avant sa spécialisation en médecine du sport et la demande des patient·es pour des délais plus courts ou leur volonté de pouvoir choisir leur médecin, ce qui les oriente nécessairement vers la filière privée.

Dans les discours des médecins qui pratiquent les consultations privées, la dimension lucrative est le plus souvent euphémisée au profit de la nature du travail fourni (Baudelot *et al.*, 2014, p. 74). L'activité libérale est justifiée tantôt par l'avantage qu'elle représente pour l'hôpital, tantôt par l'intérêt des patients qui peuvent ainsi choisir quel·le médecin ou chirurgien·ne les prendra en charge, tantôt par le développement de spécialisations rares. Dans tous les cas, l'appropriation sélective des locaux et personnels de l'hôpital public par des consultations privées n'est pas présentée comme antagonique à l'activité publique, mais plutôt comme la condition de sa pérennité.

IB) La mise à disposition de l'hôpital public pour les libéraux

Dans un contexte de contraintes budgétaires accrues, l'encastrement du privé dans le public repose également sur la mise à disposition de matériels, de locaux et d'infrastructures à des médecins libéraux. Dans le service de radiologie de l'hôpital où nous avons enquêté, les machines (de scanner et d'IRM) sont, depuis leur installation (respectivement en 1984 et 1991), réservées pour une partie de la semaine à des radiologues de trois cabinets libéraux appelés « co-utilisateurs ». Il en est de même pour les machines de cardiologie (échographies cardiaques, tests d'effort, holter, rythmologie) qui sont mises à disposition de cardiologues libéraux. Les pouvoirs publics encouragent d'ailleurs fortement la coopération entre public et privé, comme en témoigne cette cadre de l'Agence régionale de Santé du Grand Est :

« L'installation d'une imagerie privée, c'est facteur d'attractivité pour un hôpital public qui n'arrive plus à recruter. Nous, ce qu'on avait demandé, c'est qu'il y ait une coopération public-privé qui puisse se mener car on a besoin du privé pour faire venir des radiologues... L'hôpital public ne s'est pas clairement positionné car il n'avait pas tout de suite les moyens. Parce que l'hôpital public n'optimise pas. Il peut fonctionner sur des horaires un peu fonctionnaires mais pour rendre un service au public, il faut peut-être regarder un peu plus large. La condition *sine qua non* pour que ça soit rentable, c'est que ça puisse ouvrir le samedi matin, aussi en semaine au-delà de 17h, ce que fait une structure privée. ».

Entretien avec Catherine D., cadre de l'ARS, 27 avril 2021

Le développement de l'activité privée est là encore présenté comme un moyen de répondre aux besoins des usager·es dans un contexte où l'hôpital peine à recruter et supprime des postes. Le choix d'attirer des radiologues par le biais d'une structure privée est justifié ici par la volonté d'ouvrir des créneaux horaires plus larges dans l'intérêt des patient·es, implicitement opposé à celui des agents du service public (avec leurs « horaires un peu fonctionnaires »). Le privilège accordé au privé se justifie au nom de la souplesse par opposition à la rigidité associée au statut de fonctionnaire.

Loin d'être équilibré, le principe de complémentarité se traduit systématiquement par davantage d'activités privées. Ainsi, même dans le cas des gardes de radiologie qui constituent une activité rentable, la direction de l'hôpital a dû se résoudre à en externaliser dix par mois à des prestataires privés qui sont pour partie des radiologues ayant quitté l'hôpital public.

La mise à disposition d'infrastructures publiques pour l'exercice d'activités privées tend ainsi à se développer, toujours au nom de l'intérêt des malades et de l'hôpital qui les accueille. Les perdant·es de cette complémentarité sont toutes celles et ceux qui ne peuvent plus accéder aux services de l'hôpital public, faute de disponibilité.

IC) Le recours aux intérimaires

La troisième source de développement de l'activité privée provient de la difficulté à recruter de nouveaux médecins, notamment pour les hôpitaux qui ne sont pas des centres universitaires et qui sont éloignés des grandes métropoles. Le recours à des médecins intérimaires apparaît alors inéluctable, surtout lorsqu'il faut garantir la viabilité de services d'urgences ou d'anesthésie au sein desquels il devient de plus en plus difficile de remplacer les départs de titulaires.

Les intérimaires sont en principe des médecins non titulaires pouvant cumuler un emploi hospitalier contractuel avec des gardes en intérim. Beaucoup sont des médecins étranger·es qui ne peuvent espérer de titularisation en raison des critères d'admission au concours de praticien hospitalier, à l'instar de Kateb E., médecin urgentiste né en Algérie et arrivé en France en 1994. Comme deux autres médecins algériens rencontrés dans le cadre de cette enquête, il a commencé par exercer en Algérie puis a dû refaire ses études de médecine en France pour pouvoir postuler comme titulaire. Il a commencé comme contractuel en 2008 et, une fois reçu au concours de praticien hospitalier, il a candidaté sur les postes de l'hôpital où il travaillait déjà, mais a dû attendre plusieurs années avant d'obtenir ce statut :

« Il y avait des postes mais ils ont fait passer des jeunes avant moi, parce que les jeunes avaient des noms latins. [...] Ils étaient beaucoup plus jeunes que moi, ils avaient certainement un CV moins touffu que moi mais seulement ils portaient des noms latins. C'est triste peut-être mais c'est une réalité... Moi, je suis un hospitalier pur et dur, ce qui m'intéresse c'est de faire la médecine... J'ai fait de l'intérim en Corse, j'ai remplacé à Arcachon, dans la région parisienne, en Moselle, dans plein d'autres endroits, et ça permet de voir comment les gens travaillent ».

Entretien avec Kateb E., médecin urgentiste, 25 mars 2021

Cette expérience de pratiques discriminatoires dans la progression des carrières des médecins à diplôme étranger n'est pas spécifique à l'hôpital où nous avons enquêté (Lochard et al., 2007). L'attente longtemps déçue de ce poste, ainsi que l'expérience répétée des contrats à durée déterminée sous lesquels sont recrutés les médecins étranger·es, ont conduit Kateb à expérimenter l'intérim dans diverses régions. Si les intérimaires, que les médecins statutaires désignent péjorativement comme des « mercenaires », sont bien mieux rémunéré·es que leurs collègues statutaires, c'est au prix d'une plus grande mobilité, et, dans le cas des médecins ayant un diplôme extérieur à l'Union Européenne, d'une précarité prolongée et contrainte.

Le vivier de médecins intérimaires est loin de se limiter aux étranger·es ne pouvant accéder au statut de praticien hospitalier. Depuis plusieurs années, la détérioration des conditions de travail et l'augmentation des astreintes et des gardes conduisent de plus en plus d'urgentistes à renoncer à leur poste de titulaire et à proposer leurs services comme intérimaires, de façon à avoir moins d'obligations administratives, à pouvoir choisir leur emploi du temps et à conserver un niveau de rémunération équivalent voire supérieur. La généralisation de l'intérim est ainsi un processus qui s'autoentretient, alimenté par les médecins qui quittent l'hôpital public : les directions hospitalières cherchent par tous les moyens à réduire les coûts de fonctionnement de l'hôpital, ce qui induit une dégradation des conditions de travail des personnels, souvent à l'origine de défections des médecins qui ont la possibilité de partir, contraignant ces mêmes directions à recourir à des intérimaires dont les gardes sont parfois jusqu'à cinq fois plus coûteuses que celles des titulaires. Ce recul de l'emploi statutaire est aussi à l'œuvre parmi les infirmières qui sont exposées aux mêmes effets des restrictions budgétaires mais dont les perspectives de carrière dans le privé sont beaucoup moins avantageuses que celles des médecins (Belorgey, 2019).

II) La transformation de l'éthos du public par la logique marchande

L'accroissement et la diversification du secteur privé à l'hôpital public produisent des effets sur l'organisation du travail, mais aussi sur le rapport que les personnels entretiennent à l'égard de leur mission. Tout comme la diffusion du New public management a ébranlé l'éthos de service public des petits fonctionnaires en Grande Bretagne (Pratchett, Wingfield, 1996), l'encastrement d'activités privées au sein de l'hôpital a également des effets sur les croyances et les représentations des personnels. En s'inspirant de la définition du terme d'éthos proposée par Pierre Bourdieu – « une disposition générale et transposable qui, étant le produit de tout un apprentissage dominé par un type de régularité objective, détermine les conduites raisonnables et déraisonnables » (2000, p. 259) -, on peut identifier plusieurs principes qui orientent les conduites des agents, et qui sont constitutifs de l'éthos de service public : travailler au service de l'ensemble de la population, revendiquer une certaine solidarité envers les autres agents et se sentir investi·e par une mission d'intérêt général. On pourrait ajouter la disposition à raisonner en termes de besoins des populations et non en termes de coûts. Or la présence d'activités privées implique d'autres logiques d'action, telles que l'orientation des patient·es selon leurs ressources financières, la concurrence entre services pour les biens rares et la défense de l'accomplissement individuel au travail. Le déploiement d'activités privées dans un service public fait coexister des cultures professionnelles qui fonctionnent comme des répertoires (Swidler, 1986) et dont les agents se saisissent selon leur trajectoire sociale et leurs « dispositions professionnelles » (Pichonnaz et Toffel, 2021).

IIA) Le service aux patient·es à l'épreuve de la logique marchande

L'une des principales caractéristiques des agents du public est de se considérer comme étant au service de l'ensemble de la population (Siblot, 2006), ce qui se traduit à l'hôpital par l'objectif d'accueillir tou·tes les patient·es dans les mêmes conditions. Or la présence d'une filière privée au sein même du service public conduit les agents à orienter les malades vers l'un ou l'autre parcours, en tenant compte d'une dimension financière qui tend à peser de plus en plus sur les principes de fonctionnement et les procédures du service public.

Dans le service d'ophtalmologie et traumatologie, environ un tiers des consultations relève du privé, chacune étant facturée entre 50 à 100 euros, alors que la consultation publique s'élève à 28 euros. L'existence d'une deuxième filière offre un autre parcours de soins relativement distinct :

« On explique au patient qu'il a le choix entre la consultation publique et la consultation privée. [...] Si vous choisissez le privé, vous pouvez aussi être opéré en privé par le chirurgien, ça veut dire que c'est lui aussi qui va vous opérer et l'interne ne touchera pas à l'intervention. [...] Comme c'est des jours spécifiques, en général il y a moins d'attente pour la consultation privée. [...] Je pense que les grosses chirurgies ne sont pas faites en privé, c'est plutôt les simples. Vous ne prenez pas un truc casse-gueule en consultation privée, c'est votre nom. [...] En ophtalmo, il n'y en a pas beaucoup mais on ne va jamais opérer de la cancérologie sur de privé. Il y a la question de l'argent et la question de la responsabilité. »

Avec le développement des consultations privées, la mission consistant à se mettre au service des patient·es se traduit en pratique par une double différenciation. D'une part, elle implique une sélection sociale en fonction des ressources économiques : les patient·es qui acceptent d'en payer le prix peuvent choisir leur médecin ou espérer bénéficier d'une plus grande attention et d'une attente moindre. D'autre part, lorsqu'il s'agit d'une consultation remboursée par l'Assurance maladie, l'orientation vers la filière publique ou privée dépend de la gravité des pathologies (dans le service de Linda, les cancers se retrouvent en consultation publique, tandis que les opérations de la cataracte sont davantage assurées en consultation privée) et des risques que comporte leur traitement, pour les malades et pour les médecins : s'il s'agit d'une consultation privée, c'est la responsabilité personnelle des médecins qui est engagée en cas de problème ou d'erreur dans la prise en charge, tandis que s'il s'agit de l'activité publique c'est l'hôpital qui en endosse la responsabilité. Ainsi, dans les services de chirurgie et médecine vasculaires, les traitements de varices sont orientés vers la consultation privée, tandis que les pontages coronariens et la chirurgie d'anévrismes aortiques sont systématiquement dévolus aux consultations publiques. La file d'attente est ainsi plus longue en consultation publique, alors que les pathologies y sont plus graves et exigent, en toute logique, des traitements plus urgents. De plus, l'attention accordée par les médecins n'est pas la même selon le type de consultation : lorsqu'il s'agit de la filière privée, les radiologues annoncent et expliquent le résultat de l'examen aux patient·es qui se voient remettre un compte-rendu de l'examen le jour même, alors qu'en consultation publique, les résultats ne sont pas toujours donnés immédiatement et les radiologues ne viennent expliquer l'examen que si les patient·es le demandent.

La différenciation des filières de soins pèse également sur la quantité de travail des secrétaires qui, pour la filière privée, doivent en permanence orienter les patients vers différent·es praticien·nes, en tenant compte de la dimension pécuniaire. En radiologie par exemple, il leur est demandé de répartir équitablement les examens les plus rémunérateurs :

« On a des examens qui coûtent plus ou moins cher donc il faut la même quantité pour chaque radiologue qui fait du privé. [...] Sinon ils se regardent entre eux, et ils viennent nous voir pour dire "pourquoi lui il en a deux et moi je n'en ai qu'un ?" [rires]. [...] Les scanners squelettes Low Dose, apparemment, ça rapporte bien. Si on en met un, il faut que les deux autres en aient aussi. »

Entretien avec Nadia G., secrétaire en radiologie, 5 février 2021

Pour cette secrétaire arrivée depuis un an à l'hôpital public après avoir passé sept ans dans la vente, ce mode de répartition des examens les plus coûteux entre les trois radiologues suscite plutôt le rire que l'indignation.

Les agents orientent ainsi sélectivement vers la filière privée les patient·es les mieux doté·es économiquement, disposant des couvertures complémentaires les plus favorables, nécessitant des interventions peu risquées, et atteint·es de maladies moins graves. Le capital culturel des patient·es joue également un rôle : la connaissance des deux filières et la capacité à s'orienter dans le système touffu des spécialités hospitalières peuvent s'avérer déterminantes pour une meilleure prise en charge.

Si la répartition des patient·es dans les filières publique et privée structure la gestion quotidienne des rendez-vous, elle n'est pas perçue par les agents comme une remise en cause du principe de l'égalité de traitement, mais plutôt comme un moyen de se mettre au service des patient·es tout en préservant les intérêts des médecins. L'ethos de service public se transforme ainsi au contact d'une logique marchande qui modifie les règles non écrites du fonctionnement quotidien de l'hôpital.

IIB) La solidarité entre agents à l'épreuve de la concurrence

Tandis que l'attachement à des collectifs de travail est un principe structurant dans le fonctionnement de l'hôpital public (Sainsaulieu, 2006), le développement des consultations privées introduit une logique de concurrence entre services qui n'a pas les mêmes implications pour les médecins et pour les autres personnels soignants.

A mesure du développement de deux filières distinctes, l'hôpital tend à se scinder en deux parties, avec d'un côté les services qui accueillent tous les malades de façon continue – les urgences, la réanimation et la médecine interne – et de l'autre, les services pourvoyeurs d'interventions programmées et donc de consultations privées – la chirurgie, ophtalmologie, ORL, radiologie.

Dans une configuration où les plateaux techniques sont utilisés en permanence, leur usage pour des consultations privées peut aviver les tensions entre médecins et entre services, comme l'explique cet interniste qui se plaint de ne pas pouvoir toujours disposer des examens dont il a besoin :

« Tel radiologue a une vacation d'IRM privée cette après-midi mais cette IRM qui appartient à l'hôpital n'est du coup pas disponible pour nos patients. Donc c'est un peu pénible [...]. On a l'impression qu'ils ne jouent pas aussi bien le jeu que nous dans la prise en charge de certains patients. On est quand même obligé de temps en temps de faire appel à des collègues, que ce soit les radiologues, les réanimateurs, les cardiologues, etc. Et ce que je trouve assez pénible, c'est des coups de fil avec des gens dont on a l'impression qu'ils sont moins investis que nous ».

Entretien avec Julien H., médecin interniste, 26 novembre 2020

Les propos de ce praticien hospitalier de médecine interne qui n'a pas de consultation privée - à la fois par conviction et en raison de sa spécialité qui ne s'y prête pas -, reflète une opposition entre un « nous » incluant ses collègues internistes qui sont astreint·es à un accueil inconditionnel du public, et un « eux » renvoyant aux spécialistes suspecté·es de privilégier la filière privée. Dans un hôpital où les plateaux techniques sont beaucoup sollicités en raison de leur rareté, l'existence des deux filières crée des phénomènes de concurrence qui sont sources de tensions entre médecins. Les propos de Julien laissent penser qu'il soupçonne ses collègues d'être plus disponibles pour les patient·es de leur consultation privée que pour celles et ceux de l'hôpital ; autant de contentieux susceptibles de saper la solidarité entre services.

Dans les services d'urgence, la présence de plus en plus importante d'intérimaires mieux payé·es que les médecins titulaires, et assumant moins de responsabilités, est également source de tensions et de découragement pour les autres personnels. En effet, alors que la garde de médecin est payée 400 euros, la même garde en intérim peut être rémunérée deux, trois voire quatre fois plus cher³. En dépit de ces avantages financiers, les intérimaires sont dispensé·es du travail administratif - notamment les réunions de service - et des responsabilités de formation et d'encadrement dévolues aux titulaires. A la différence des autres intérimaires de la fonction publique habituellement astreints à une précarité qui les fragilise (Peyrin, 2019 : 136), les médecins exerçant avec ce statut sont plutôt, en raison de la pénurie de praticien·nes dans les hôpitaux publics, en position de pouvoir choisir leurs conditions de travail : comme leur rémunération est assurée par l'agence d'intérim, la direction de l'hôpital dispose à leur égard d'un pouvoir de coercition très atténué. Lorsque les

³ L'arrêté du 24 novembre 2017 fixe à 1 170 euros le plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire mais en l'absence de contrôle, les directions hospitalières sont contraintes d'accepter des tarifs bien plus élevés.

intérimaires et les titulaires travaillent les mêmes jours dans les mêmes locaux, les différences de contraintes et de rémunérations sont peu propices à la solidarité entre collègues et à l'esprit d'équipe. Cette présence des intérimaires s'accroît avec le temps et se diffuse par contagion aux autres services. Les nombreux départs d'anesthésistes vers le privé ont par exemple été durement ressentis par les chirurgien·nes qui ont été contraint·es, pour cette raison, de restreindre le nombre d'opérations. Les nouveaux départs qui en ont découlé ont conduit à la fermeture des spécialités les plus rentables (comme le service d'ORL) et au recrutement d'autres intérimaires.

Dans les services d'urgences, la présence de médecins intérimaires rejaillit également sur les autres personnels soignants et sur la cohésion des équipes, comme l'explique cette infirmière décrivant la situation avant la pandémie :

« Les médecins chefs changeaient tout le temps, les médecins intérimaires faisaient ce qu'ils voulaient : il était 8h30, on devait commencer à bosser et ils étaient en bas, au SAMU, en train de boire le café jusqu'à 10h, ils allaient se coucher la nuit, ils faisaient ce qu'ils voulaient, il n'y avait plus vraiment de règles. Du coup ça a fait une mauvaise ambiance, on était tous à bout, on pleurait à la fin du service, les infirmières avaient l'impression de ne pas être écoutées. [...] Du coup les infirmières commençaient aussi à partir ».

Entretien avec Suzanne J., infirmière aux urgences, 16 octobre 2020.

La présence de médecins intérimaires dispensés des charges administratives et d'enseignements vient ici renforcer les tensions déjà existantes entre les temporalités contrastées du travail médical et infirmier (Picot, 2005). Il en découle une lente dégradation du collectif de travail sur la base duquel fonctionnaient les urgences. De plus, le recours à l'intérim renforce le rapport de domination des médecins à l'égard des infirmières, témoin de hiérarchies de classe et de genre qui ne sont plus ici euphémisées par les relations de solidarité existant au sein de collectifs de travail stables. La tentation de partir, déjà présente parmi les médecins, peut ainsi gagner les infirmier·es. Durant la vague épidémique de Covid-19, ces fractures internes à l'hôpital ont semblé s'estomper, au profit d'un effort collectif qui n'a pourtant pas effacé les rapports de domination (Gelly et Spire, 2021). Dans un contexte où l'ensemble de l'hôpital était appelé à faire front contre la vague épidémique, le maintien de certaines consultations privées a choqué les agents hospitaliers non médecins :

« Normalement, on devait réduire l'activité et en fait on travaillait comme on n'a jamais travaillé.... Nous, ce qu'on a très mal ressenti, c'est qu'en fait, les radiologues ont continué à faire leur activité privée pendant toute la période.... Et ça, je pense que c'est très mal passé ».

Entretien avec Bernadette I., manipulatrice radio, 4 février 2021

Pour cette manipulatrice radio qui a une très longue ancienneté dans l'hôpital où elle a pris son premier poste en 1979, la coexistence entre filières publique et privée est ancrée de longue date dans le quotidien de son activité professionnelle. La proximité familiale au service public de cette fille de militaire, ainsi que sa longue carrière de fonctionnaire, expliquent en partie son acceptation du surtravail pendant la crise épidémique. En réalité, les consultations radiologiques privées qui ont été maintenues sont celles relevant des suivis de cancers, considérées comme urgentes, mais la poursuite de ces activités lucratives en période de crise sanitaire heurte cette manipulatrice radio et son sens du service public. A un moment où les agents se dépensaient sans compter pour endiguer l'épidémie, la poursuite des

consultations privées a introduit le doute concernant l'élan de solidarité collective qui était alors demandé aux personnels de l'hôpital.

II C) Des conditions de travail plus attractives pour les activités privées

Le développement d'activités privées tend à remettre en cause une autre opposition structurante entre des agents du public épanouis et investis dans leur mission, par différence avec les agents du privé beaucoup plus soumis à la pression des objectifs (Baudelot et al., 2002). En effet, à l'hôpital, les conditions de travail des agents au sein de la filière publique sont moins favorables que dans la filière privée, ce qui rend cette dernière plus attractive pour les personnels qui y sont impliqués :

« C'est toujours plus agréable d'accueillir des personnes privées que publiques. En privé c'est "bonjour monsieur, pas de changement ? Prenez place", 51 € en fin de programme. En public "c'est bonjour madame ? Vous avez les papiers ?". Et c'est non, la dame ne se rappelle plus son adresse, pas de carte vitale. [...] Mais après, vous constatez que la CMU n'est plus valable, vous envoyez la personne vers l'assistante sociale, vous mettez votre dossier en attente. Un mois après, vous reprenez le dossier, vous vérifiez si la personne a droit à la CMU, à l'aide médicale gratuite, etc. Tout ça génère beaucoup de temps en fait, et ce n'est pas du temps qui est palpable. »

Entretien avec Lydia K., assistante médico-administrative en cardiologie, 14 janvier 2021

Dans le cas de la consultation privée, la solvabilité des patient·es n'est jamais un obstacle. Le travail administratif des secrétaires s'en trouve facilité, même si elles doivent aussi répartir équitablement les malades entre les médecins. Dans le cas de la consultation publique, la vérification des droits à l'Assurance maladie peut s'avérer plus complexe, surtout lorsque la personne ne fournit pas tous les documents. Il en est de même dans le cas des manipulateur·ices radio pour qui l'existence d'une filière privée alourdit la charge de travail auprès des patient·es dans la filière publique :

« Les gens qui viennent en consultation privée sont souvent valides [rires]. Une consultation privée, on a beaucoup plus de patients mais c'est vrai que ce sont des gens qui sont valides, donc c'est moins fatigant que de faire une vacation où les gens sont dans des lits. »

Entretien avec Bernadette I., manipulatrice radio, 4 février 2021

Etant moins gravement malades (c'est-à-dire ni en fauteuil roulant, ni en brancard), les patient·es de la consultation radiologique privée génèrent moins de fatigue pour les manipulateur·ices radio qui, sans en tirer de profit financier, y trouvent des avantages liés à une charge de travail réduite ou à des interactions plus faciles avec des usager·es moins malades et mieux doté·es économiquement. Il en est de même pour les infirmier·es qui disposent dans la filière privée de plus d'autonomie et de meilleures conditions de travail, leur permettant de conserver le sentiment de se consacrer à une catégorie de patient·es à défaut de pouvoir rendre le même service à tou·tes.

Beaucoup d'agents hospitaliers s'accommodent donc des consultations privées et des inégalités de traitement qu'elles engendrent, mais celles-ci transforment leur ethos de service public : la défense de l'intérêt général est supplantée par la défense des intérêts de l'institution hospitalière qui bénéficie de ces activités privées ; la solidarité entre collègues est reléguée au second plan, au profit de la mise en concurrence des services entre eux ; l'accueil

inconditionnel et égalitaire devient un objectif secondaire par rapport au souci de satisfaire certaines demandes nécessitant une prise en charge privée.

III) Choisir le privé contre le public ?

L'encastrement des activités privées dans l'hôpital public exerce une influence sur la façon de travailler et modifie également les aspirations professionnelles. Dans un contexte de détérioration des conditions de travail (Divay, 2010), les rencontres répétées avec des agents exerçant le même métier dans des conditions plus favorables dans le privé peuvent alors éroder l'engagement à long terme des infirmier·es et des médecins au sein de l'hôpital. Cette attraction du secteur privé est d'autant plus forte que la concurrence entre les cliniques et l'hôpital public s'est intensifiée depuis le début des années 2000 : d'un côté, la concentration croissante des cliniques, rachetées par des fonds d'investissement, leur a permis de mutualiser leurs coûts de fonctionnement et de développer leurs plateaux techniques (Belorgey, 2019), les rendant plus attractives pour les médecins du public ; de l'autre, l'instauration d'un financement à l'activité (Juven, 2016) a conduit les hôpitaux à accélérer la course à la productivité et à l'externalisation des services techniques non producteurs de soins remboursés par la Sécurité sociale.

IIIA) Les raisons des départs vers le privé

L'écart de rémunération est souvent la principale raison avancée par celles et ceux qui quittent le service public pour rejoindre le privé. Néanmoins, l'argument financier se décline très différemment selon les statuts et n'est pas le seul à peser. Pour les aides-soignant·es, les rémunérations sont équivalentes dans les hôpitaux et dans les cliniques, mais le statut de la fonction publique est plus protecteur, ce qui explique que leurs départs vers le privé soient très rares. Pour les infirmier·es, l'écart des revenus à l'hôpital et en clinique est assez significatif et tend, depuis le gel du point d'indice de la fonction publique en 2010, à s'accroître même s'il s'agit d'un phénomène beaucoup plus ancien (Baudot, Vimont, 1968). Celles qui partent rejoignent soit des cliniques privées qui rachètent leur engagement de service public, soit le statut d'infirmière libérale avec l'espoir que les rémunérations seront meilleures et qu'elles pourront davantage maîtriser leur emploi du temps. Pour les médecins, la différence de rémunération est beaucoup plus substantielle : dans certaines disciplines, il est possible de doubler voire tripler ses revenus, notamment en chirurgie et en anesthésie. Le choix de partir exercer en clinique peut aussi dépendre de considérations géographiques : dans l'hôpital où nous avons enquêté, la proximité de la frontière avec la Suisse accroît considérablement les tentations de mobilité car les différences sont plus importantes encore que pour les cliniques françaises. Les spécialistes peuvent aussi préférer l'exercice libéral à des carrières hospitalières jugées peu attractives. Le choix de l'une ou l'autre de ces carrières se résume rarement à un pur arbitrage financier et dépend d'autres éléments, notamment de la qualité des équipements techniques.

Longtemps, l'hôpital public a constitué un pôle d'attraction pour les médecins souhaitant pouvoir travailler sur des plateaux techniques de pointe, dans des spécialités où les innovations sont constantes et où les infrastructures étaient techniquement moins bien pourvues dans les cliniques privées. Avec le mouvement de concentration des cliniques accéléré depuis les années 2000, cette différence s'est considérablement réduite, dans des proportions variables selon les spécialités. Dans un domaine aussi pointu que la neurochirurgie par exemple, la différence reste significative puisqu'il n'existe pas beaucoup

de centres de neurochirurgie cérébrale privés, mais, dans le domaine de la cardiologie ou de l'ophtalmologie, les plateaux techniques des cliniques privées sont équivalents voire meilleurs que dans le public, ce qui n'est pas sans conséquence sur les trajectoires de mobilité des médecins :

« Quand je suis arrivé ici pour la première fois en 1996, on faisait à l'hôpital des choses qu'on ne faisait pas en ville. En ce qui concerne ma spécialité, on faisait des chirurgies un peu lourdes, un peu compliquées, des choses un peu plus intéressantes, des inflammations oculaires, des plaies, des trucs qui vous font lever la nuit pour aller suturer. Je trouve ça intéressant cette partie de la spécialité... Ce que je pouvais faire à l'hôpital il y a 25 ans et qui était réservé à l'hôpital, les cliniques privées font aussi ça maintenant. C'est-à-dire que le plateau technique qui était réservé à l'hôpital, on le retrouve maintenant dans les cliniques. ».

Entretien avec Benoît L., chef de service d'ophtalmologie, 2 juillet 2020

Pour ce praticien hospitalier proche de la retraite et ayant des responsabilités au sein de l'hôpital public, la question du départ vers le privé ne se pose plus vraiment, mais certaines raisons qui l'ont conduit à embrasser la carrière de médecin hospitalier, notamment la perspective de gestes plus techniques et d'opérations plus pointues, ne sont plus d'actualité tant les différences en matière d'équipement ont disparu. Le travail d'enseignement et de recherche, qui retient encore cet ophtalmologiste à l'hôpital, peut aussi en éloigner d'autres, en raison de l'investissement supplémentaire que ce travail représente pour des revenus inférieurs à ceux que leur promettent les cliniques privées.

Au-delà des conditions de rémunération et du niveau technique des infrastructures, la question des conditions de travail apparaît comme un argument central pour tous les personnels hospitaliers, même si elle prend des formes différentes selon les métiers et les statuts.

Les départs d'infirmier·es de l'hôpital public vers d'autres secteurs d'activité ont fortement augmenté au début des années 2000, passant de 4 à 6 % des effectifs en quatre ans, tandis que les départs de médecins représentaient alors 11 % des effectifs (Audric et Niel, 2002). Depuis cette enquête qui n'a pas été renouvelée, le travail des infirmier·es est devenu plus intense et plus prenant avec le raccourcissement de la durée des séjours hospitaliers et le développement de l'activité médico-chirurgicale ambulatoire (Vincent, 2021) : les sources d'économies budgétaires qui en découlent sont réalisées au prix d'une augmentation du nombre de patient·es pris en charge par des personnels à effectif constant (Juven et al., 2019). De plus, l'existence de pôles regroupant plusieurs services a rendu courante l'obligation pour les infirmier·es de passer d'un service à l'autre pour pallier les absences et les postes non pourvus. Ces remplacements incessants et les rappels au travail sur leurs jours de congés nourrissent les plaintes des infirmier·es rencontrées et peuvent constituer une raison parmi d'autres de partir.

Les médecins subissent aussi l'intensification du travail résultant de la tendance au raccourcissement des séjours, mais échappent à l'obligation de se remplacer les un·es les autres au sein d'un même pôle. Cependant, l'augmentation du nombre de gardes (dans les spécialités et services comportant des gardes de nuit), liée aux effets différés du *numerus clausus* historiquement bas des années 1990-2000 (Déplaud, 2015), ainsi que l'accroissement des tâches administratives, poussent nombre de médecins à quitter l'hôpital public. Cette fuite des médecins du public vers le secteur libéral et les cliniques privées se traduit par une augmentation continue des postes vacants et du même coup, une multiplication des gardes. Dans les services de médecine tels que la médecine interne ou la rhumatologie, les douze départs de médecins intervenus après la crise épidémique de 2020 (trois des neuf

médecins du service de médecine interne, cinq sur treize en rééducation, trois sur sept en radiologie, un sur six en santé publique) sont moins liés à des raisons financières qu'à la dégradation des conditions de travail, comme l'explique ce chef de service :

« Il y a un épuisement professionnel en fait lié à l'hôpital... Déjà, on va dire les tracasseries administratives même si, en ville, il y en a tout autant, mais à l'hôpital elles sont parfois beaucoup plus compliquées à résoudre. [...] On a eu aussi de grosses difficultés au service des urgences où ils ont sollicité les médecins des spécialités pour remplacer les urgentistes aux urgences, ce qui a fait qu'il y a beaucoup de médecins qui sont partis à cause de ça, ils estimaient que ce n'était pas leur travail de pallier les urgences en plus de leur service actuel qu'ils faisaient déjà. [...] Par exemple, chose toute simple, le service où on est, il devait être réaffecté pour un projet de l'ARS pour une unité de gériatrie court séjour supplémentaire, il y a deux ans et demi. [...] Et ce problème-là, c'est un des motifs de départ d'un des rhumatos du service. Il s'était battu pour un projet de réaménagement du service de rhumato, il avait trouvé une solution, il y avait même des travaux qui avaient débuté, et ça a été finalement bloqué parce que la direction a changé d'avis et ça s'est arrêté comme ça en fait. »

Entretien avec Vincent M., chef de service de rhumatologie, 12 mars 2021

L'impossibilité de mener à bien des projets pour son service, l'inadaptation du système informatique, les obstacles à la spécialisation dans certaines pathologies, l'imposition de gardes aux urgences pour les médecins des services d'hospitalisation, sont autant de causes avancées pour expliquer les départs vers des cabinets libéraux.

Le rapprochement des plateaux techniques, la dégradation des conditions de travail et le creusement de l'écart des rémunérations sont les trois évolutions marquantes qui ont accéléré la fuite continue des médecins et des infirmier·es du public vers le privé.

IIIB) Rester ou quitter l'hôpital public

Les différents arguments susceptibles de convaincre les personnels de quitter l'hôpital public pour rejoindre une structure privée peuvent prendre des significations différentes selon les professions, les niveaux de diplômes, les domaines de spécialités et les trajectoires personnelles.

Parmi les infirmier·es travaillant à l'hôpital public, le clivage générationnel constitue un indicateur structurant pour comprendre les différentes façons d'appréhender le travail dans les deux secteurs. En effet, les réformes intervenues durant ces trois dernières décennies ont profondément transformé les rapports hiérarchiques ainsi que la reconnaissance des compétences et ont dégradé les conditions de travail, comme l'atteste l'augmentation particulièrement marquée du nombre et de la durée des arrêts de travail des infirmier·es et aides-soignant·es (Pollak et Ricroch, 2017). Travailler à l'hôpital public prend un sens différent selon l'ancienneté dans l'institution :

« Nous, on était service public à fond. A l'époque, c'était comme ça. On s'est battu pour rentrer dans le service public parce qu'on devait se battre pour rentrer. Là, ils leur offrent des primes de je ne sais pas combien pour qu'ils viennent travailler dans le service. Nous, il y avait 10 places, on était 40 à se présenter. Là les jeunes viennent, ils passent. Ce n'est pas une critique mais nous, on tenait à notre service public. Je me rappelle que ma première cheffe de service, c'était une vieille fille, elle était service public à fond, elle ne faisait pas de consultation privée alors qu'elle aurait pu gagner...

Voilà. Et ça, ça s'est perdu maintenant. On a l'impression qu'il n'y a que l'argent qui compte pour les médecins, pour les infirmières, pour tout le monde. »

Entretien avec Suzanne J., infirmière aux urgences, 16 octobre 2020

Pour cette infirmière qui a obtenu son diplôme en 1995, rejoindre l'hôpital public représentait une aspiration qui supposait d'être sélectionnée parmi beaucoup d'autres et correspondait à une certaine identification au service public (Cartier, 2003). Dans cette génération, le rêve de devenir fonctionnaire (Gollac, 2005) représentait pour beaucoup d'enfants de classes populaires la double promesse d'échapper à l'insécurité économique et d'accéder à un travail épanouissant (Avril, Cartier et Siblot, 2005). Si elle est restée jusqu'à maintenant à l'hôpital public en dépit de la détérioration des conditions de travail, elle s'est beaucoup impliquée dans la grève des urgences en 2019. L'opposition entre le public et le privé, qui a longtemps structuré les représentations des agents (De Singly, Thélot, 1988), est beaucoup moins saillante pour les plus jeunes :

« Le privé, je n'ai rien contre le privé. Moi, je cherche un poste qui me plaît, privé ou public, peu importe. ... Ce que je cherche, c'est juste faire bien mon métier avec les moyens, ne pas être obligée de faire patienter une mamie 45 minutes avant de la mettre sur un bassin parce que j'ai dû courir à droite, à gauche pour des trucs. Voilà quoi ! Un peu plus d'humanité on va dire. Avoir la sensation de bien faire son travail. »

Entretien avec Anabelle N., infirmière aux urgences, 15 octobre 2020.

Le discours de cette infirmière plus jeune, diplômée en 2009, est très représentatif d'une génération récemment recrutée pour laquelle la frontière entre secteurs public et privé est poreuse et parfois même invisible. La généralisation des réformes managériales ayant rapproché les normes des secteurs publics et privés (rationalisation de l'activité de soins, individualisation des performances, indicateurs statistiques, perte d'autonomie), les infirmier·es sans beaucoup d'ancienneté et n'ayant pas connu d'autre organisation du travail ne voient pas la différence entre le privé et le public. La possibilité de s'installer en cabinet libéral constitue, en revanche, une véritable alternative par rapport au travail en hôpital ou en clinique. Lorsque l'opportunité se présente, la décision de choisir un avenir professionnel plutôt qu'un autre ne dépend pas de l'adhésion à des valeurs liées au service public, mais de la possibilité de concilier au mieux vie professionnelle et vie familiale, surtout pour des femmes assignées au travail parental et domestique.

Pour les médecins, la tentation de rejoindre le privé apparaît le plus souvent en seconde partie de carrière, les premières années passées à l'hôpital étant souvent une période de formation durant laquelle la question d'une réorientation ne se pose pas encore vraiment. Avec l'expérience et les compétences accumulées, les sollicitations du secteur privé sont plus nombreuses mais les raisons de rester à l'hôpital l'emportent parfois. Après avoir suivi la totalité du cursus de médecine en Roumanie, Damien B. est arrivé en France à Strasbourg où il a repassé l'internat. Il a alors choisi la spécialité de chirurgie digestive qui, peu lucrative, était aussi peu attractive (à la différence de l'ophtalmologie ou de la chirurgie orthopédique), donc plus accessible pour les internes étranger·es comme lui. Sollicité par des cliniques privées, il a décliné plusieurs propositions pour différentes raisons liées à sa trajectoire :

« Je me sens redevable par rapport à ce système qui m'a formé donc c'est pour ça que je m'implique d'autant plus dans l'enseignement, dans la formation des jeunes et notamment dans notre spécialité... Et je ne suis pas parti dans le privé parce qu'à chaque fois, il manquait quelque chose. Il manquait soit un accès au bloc opératoire soit la clinique était un peu à distance par rapport à ma vie de famille. »

Outre l'effet de loyauté à l'hôpital public lié à sa trajectoire, ce praticien hospitalier a jusqu'à notre entretien toujours renoncé à partir pour des raisons à la fois professionnelles et familiales. Il est très attaché au caractère pointu des infrastructures hospitalières et se trouve lié à l'institution publique en raison de son histoire conjugale : sa femme qu'il a rencontrée durant ses études en France exerce dans le même hôpital que lui, ce qui intervient également comme un élément d'ancrage au sein de l'institution publique.

Pour les médecins qui choisissent de rejoindre le secteur privé, leur décision est également très liée à leur trajectoire professionnelle : elle dépend de la spécialité choisie, des possibilités de progression au sein de l'hôpital et de l'évolution des conditions d'exercice du métier, comme le montre le cas d'Éric P., parti dans une clinique à l'âge de 41 ans après avoir travaillé en réanimation médicale pendant huit ans :

« La réanimation c'est hyper intéressant, ce serait un choix, je referais sans doute le même en sortant de l'internat mais c'est un peu étouffant. Il suffit qu'on soit moins nombreux, les gardes reviennent très vite, les journées sont très longues et on tire sur la corde très rapidement [...] La situation ici ne me semblait plus satisfaisante, j'avais des gamins en bas-âge, ma femme travaille beaucoup... Et j'avais besoin d'alléger un peu ma charge de travail avec des horaires un peu plus conciliants et plus cadrés [...] J'avais dans un coin de ma tête que si un jour je voulais quitter l'hôpital, c'était en étant en anesthésie que je pourrais le faire et pas en restant en réanimation... Pour partir en libéral, c'est de l'anesthésie. En réanimation, on est un peu coincé à l'hôpital.

Entretien avec Eric P., anesthésiste, 17 juin 2021

La première raison invoquée par cet anesthésiste-réanimateur, marié à une pharmacienne d'officine, pour expliquer son choix de passer de la réanimation à l'anesthésie a trait aux conditions de travail, à la lourdeur des gardes et du temps extensible qu'il passe à son poste. Il présente sa décision d'abord sous l'angle de considérations d'ordre familial liées à la présence de jeunes enfants ; il reconnaît ensuite qu'elle s'inscrit aussi dans une perspective de mobilité à plus long terme, dans la mesure où l'anesthésie offre de bien meilleures perspectives pour être recruté en clinique que la réanimation. Il se heurte alors aux réticences de la direction hospitalière qui refuse dans un premier temps de le laisser quitter le service de réanimation ; après avoir menacé de partir et attendu plus d'un an, il obtient finalement le poste qu'il convoitait et qui lui permet d'ouvrir une consultation privée, lorsque survient l'épidémie de Covid en mars 2020. Durant la crise, il côtoie d'anciens camarades de promotion installés en libéral et venus travailler en renfort dans son hôpital :

« Les gens qui sont venus nous aider [...], c'est des copains à moi de promo, qui sont tous en libéral. [...] Il y avait des mecs de Gap qui sont venus, ils bossent trois jours et demi, n'ont plus d'astreintes. Donc ça fait réfléchir. [rires] »

Entretien avec Eric P., anesthésiste, 17 juin 2021

Les échanges autour de leurs conditions de travail (« ils bossent trois jours et demi et n'ont plus d'astreintes ») le font réfléchir à une éventuelle réorientation. Quatre mois plus tard, lorsque la direction hospitalière essaye de contraindre les médecins encore en poste à rattraper le retard des opérations non réalisées, il décide de partir après avoir été contacté par de très bons amis chirurgiens d'une clinique des environs. La comparaison des conditions de travail à l'hôpital public et dans cette clinique privée achève de le convaincre : un fonctionnement « plus fluide » et « sans accrocs », une astreinte de temps en temps au lieu de

trois gardes par semaine à l'hôpital, et la possibilité de travailler à temps partiel (3,5 ou 4 jours par semaine) pour des revenus deux fois plus élevés que son salaire de praticien hospitalier.

Si la différence de revenus constitue un argument de poids, la possibilité d'une consultation privée ne suffit pas à compenser cet écart (comme praticien hospitalier à temps plein, il gagnait entre 70 000 et 75 000 euros par an auxquels s'ajoutaient entre 10 et 15 mille euros de consultations privées quand ses collègues à temps plein à la clinique gagnent environ 175 000 euros par an).

La trajectoire de ce fils d'un médecin généraliste libéral et d'une infirmière hospitalière en psychiatrie montre que le départ du public vers le privé intervient au terme d'une succession d'événements et de décisions qui contribuent à rendre cette orientation inéluctable : l'ouverture d'une consultation privée, le choix stratégique de segments d'activité favorisant une éventuelle reconversion (anesthésie dans son cas, médecine du sport ou chirurgie esthétique pour d'autres médecins de notre corpus), la fréquentation de médecins de cliniques privées, et la pratique de l'intérim. Toutes ces étapes constituent autant de remises en cause successives d'un ethos de service public qui s'érode à mesure que les agents sont confrontés aux conditions offertes par le privé.

Les trajectoires de sortie de l'hôpital public vers le privé dépendent donc de considérations liées au sexe, à l'âge et au domaine de spécialité. Dans notre corpus, les agents qui quittent l'hôpital public sont tous des hommes, ayant plus de 35 ans ; les uns (la majorité) chirurgiens ou spécialistes « d'organe » (ophtalmologie, chirurgie ORL...) partent travailler en clinique privée, tandis que les autres, anesthésistes et urgentistes, se tournent le plus souvent vers l'intérim. Les femmes appartiennent davantage à des spécialités moins lucratives, donc moins demandées par les cliniques ; davantage contraintes par les tâches domestiques que leurs collègues masculins, elles sont moins tentées par l'intérim qui suppose de pouvoir changer à tout moment de lieu de travail. Les agents qui restent à l'hôpital public sont les moins qualifiés (aides-soignant-es), les infirmier-es attaché-es à l'hôpital public par conviction ou en raison de leur ancienneté, et les médecins des spécialités médicales les plus « généralistes » (médecine interne, gériatrie) et les moins rentables (chirurgie digestive).

Si les possibilités de sortie du service public se multiplient avec l'âge pour les médecins, il n'en est pas de même pour les infirmier-es, qui sont davantage tentées de quitter le service public en début de carrière. Ces différences d'effets de l'ancienneté recoupent les dispositions inégales à résister aux réformes hospitalières (Belorgey, 2010 : p. 235-271) : l'expérience professionnelle des médecins s'accroît davantage au cours du temps que celle des infirmier-es, qui sont de surcroît plus exposé-es à l'usure de leurs corps au travail.

Conclusion

Depuis les années 1980, l'intensification du travail a beaucoup contribué à rapprocher les conditions de travail dans les secteurs public et privé (Guillemot, 2011). L'analyse de la progression du privé dans le public offre une autre perspective sur ce processus de convergence et ses effets. L'encastrement des activités privées au sein de l'hôpital public accentue tout d'abord le processus de différenciation des patient-es et valorise certaines filières de soins très rentables : les médecins qui s'y consacrent peuvent ainsi en tirer un bénéfice économique tout en continuant à défendre les intérêts de l'institution. Parallèlement, cette différenciation des activités contribue à transformer l'ethos de service public des personnels confrontés de près à leur développement et qui n'en retirent le plus souvent aucun avantage, si ce n'est sur le plan des conditions de travail.

Au sein de l'hôpital, l'importance du privé varie toutefois selon les spécialités, et se révèle d'autant plus importante que les activités sont programmables (chirurgie, radiologie),

donc moins sujettes aux variations d'activité et par conséquent de revenus. Même si les médecins hospitaliers peuvent paraître former un groupe homogène, leur inscription dans telle ou telle spécialité peut avoir des conséquences considérables sur les niveaux de rémunération, la marge de manœuvre au sein de l'hôpital et les perspectives de carrière. Tout comme le « pantouflage » est un opérateur d'interconnexion entre hauts fonctionnaires et monde des affaires (Kolopp, 2020), le développement d'activités privées encouragées par les directions des hôpitaux publics accélère les trajectoires de mobilité vers les cliniques et le secteur libéral. Pour endiguer cette hémorragie, un système de primes a été mis en place en juillet 2020 dans le cadre du « Ségur de la santé », de façon à réduire les écarts de rémunération devenus abyssaux. Ces accords ont également instauré des formes d'intéressement financier et facilité l'activité libérale (désormais possible dès la nomination des praticiens hospitaliers), et ont permis aux praticien·nes hospitalier·es travaillant à plein temps d'avoir une activité privée hors de l'hôpital. Ces dernières mesures renforcent la polarisation de filières de soins productrices d'inégalités pour les patient·es, et étendent le domaine des activités lucratives qui ont pourtant échoué à endiguer les départs vers le privé. Constituant une remise en cause permanente des principes qui fondent le service public, le développement des activités privées brouille le sens que les agents accordent à leur mission et pour laquelle ils et elles sont encore prêt·es à s'engager.

Bibliographie

Ansaloni M., Smith, A., 2017. « Des marchés au service de l'État ? », *Gouvernement et action publique*, 6(4), p. 9-28.

Audric S. et Niel X., 2002. « La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics », *DREES, Etudes et résultats*, n°169, p. 1-8.

Avril C., Cartier M., Siblot Y., 2005. « Les rapports aux services publics des usagers et agents de milieux populaires : quels effets des réformes de modernisation ? », *Sociétés contemporaines*, n°58 (2), p. 5-18.

Batifoulier P., 2014. *Capital santé. Quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.

Baudelot C., Coutant I., Godechot O., Gollac M., Serre D., Viguié F., 2002. *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.

Baudelot C., Cartron D., Gautié, J., Godechot, O., Gollac, M., Senik, C., 2014. *Bien ou mal payés ? Les travailleurs du public et du privé jugent leurs salaires*, Paris, Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure.

Baudot, J., Vimont C., 1968. « Les infirmières des hôpitaux publics, évolution récente des effectifs, calcul des besoins », *Population* 23 (3), p. 477-498.

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

Belorgey N., 2019. « Les mutations du travail de soin dans les cliniques », in Dubet, F. (éd.), *Les mutations du travail*. Paris, La Découverte, « Recherches », p. 239-260.

Belorgey N., 2021. « Les inégalités sociales de santé à l'hôpital aujourd'hui. Enquête à partir d'un service de gériatrie », *Sociétés contemporaines*, 122 (2), p. 127-153.

Bourdieu P., 1994. « L'économie des biens symboliques », *Raisons pratiques*, Paris, Seuil.

Bourdieu P., 2000 [1972]. *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Seuil.

- Cartier M., 2003. *Les facteurs et leurs tournées. Un service public au quotidien*. Paris : La Découverte.
- Chauvenet A., 1978. *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF.
- Darmon M., 2021. *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*. Paris, La Découverte.
- Déplaud M.-O., 2015. *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, Les Belles lettres.
- De Singly F., Thelot C., 1988. *Gens du privé, gens du public*, Paris, Dunod.
- Divay S., 2010. « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n° 77, p. 87-109.
- Gelly M. et Spire A., 2021. « Soigner sans compter. Les agents de l'hôpital public face à l'épidémie de Covid-19 », *Revue française des affaires sociales*, 4, p. 15-35.
- Gollac S., 2005. « La fonction publique : une voie de promotion sociale pour les enfants des classes populaires ? Une exploitation de l'enquête 'Emploi 2001' », *Sociétés contemporaines*, n°58 (2), p. 41-64.
- Guillemot D., 2011. « Travail dans le public et le privé: une intensification parallèle », *Travail et emploi*, n°128, p ; 23-40.
- Hassenteufel P., 1997. *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel, P., De Maillard J., 2017. « Le recours au marché comme processus politique », *Gouvernement et action publique*, 6(4), 101-126.
- Jaisson M., 2002. « La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 44-52.
- Jamous H., 1969. *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS.
- Juven P.-A., 2016. *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Paris, PUF.
- Juven P.-A., Pierru F., Vincent F., 2019. *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir.
- Kolopp S., 2020. « Pantoufler, une affaire d'hommes : Les énarques, l'administration financière et la banque (1965-2000) », *Sociétés contemporaines*, 120, p. 71-98.
- Lochard Y., Meilland C., Viprey M., 2007. « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail », *La Revue de l'Ires*, n°1, p. 83-110.
- Peyrin, A., 2019. *Sociologie de l'emploi public*. Paris, Armand Colin.
- Pichonnaz D., Toffel K., 2021. « Pour une sociologie structurale du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 5, n° 240, p. 4-13.
- Picot G., 2005. « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 83-100.
- Pierru F., 2007. *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Le Croquant.
- Pollak C., Ricroch L., 2017. « Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions », *Études et Résultats*, DREES, 1038, novembre.
- Pratchett L. Wingfield M., 1996. « Petty bureaucracy and woolly-minden liberalism ? The changing ethos of local government officers », *Public administration*, 74, p. 639-656.
- Sainsaulieu I., 2006. « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, 48 (1), p. 72-87.

Siblot, Y., 2006. Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quartiers populaires, Presses de Sciences Po.

Swidler A., 1986. "Culture in action: Symbols and strategies", *American Sociological Review*, 51(2), p. 273-286.

Vincent F., 2021. « Rationaliser la gestion par le temps. L'autre histoire de l'hôpital public », *Sociologie du travail*, [En ligne], 63(2).