



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Belorgey, Nicolas

Nouvelle gestion publique et professions hospitalières

Saúde e Sociedade, vol. 27, n° 3, 2018, Juillet-Septembre, pp. 670-681

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902018180647

Disponible sur: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406264029003>

- Comment citer
- Numéro complet
- Plus d'informations sur l'article
- Page web du journal dans redalyc.org



Système d'Information Scientifique Redalyc
Réseau des Revues Scientifiques d'Amérique Latine et les Caraïbes, l'Espagne
et le Portugal
Sans but lucratif académique du projet, développé dans le cadre de l'initiative
d'accès ouvert

Nouvelle gestion publique et professions hospitalières

New Public management and hospital professions

Nicolas Belorgey

Université Paris-Dauphine. Institut de recherche interdisciplinaire
en sciences sociales. Paris, France.

E-mail: nicolas.belorgey@dauphine.fr

Résumé

La Nouvelle Gestion Publique (NGP) peut être définie comme un ensemble de pratiques et d'idées visant à importer dans le secteur public les méthodes de travail du secteur privé. Qu'advient-il, dans ce contexte, des agents publics, chargés de mettre en œuvre les politiques publiques, ceux dont les pratiques quotidiennes sont directement visées par cette volonté de transformation ? Pour répondre à cette question, nous utilisons des observations, entretiens et questionnaires réalisés dans le cadre d'une thèse sur les hôpitaux français dans les années 2000. Nous montrons qu'il y a bien différenciation au sein des professions de santé, mais que la NGP se heurte à l'opposition des segments dominants de celles-ci, tandis que les segments dominés composent davantage avec elle notamment parce qu'ils ont moins les moyens de lui résister.

Mots-clés : Hôpital; Professions; Nouvelle Gestion Publique; Urgences; Médecine; État Social.

Courrier

Université Paris-Dauphine, Institut de recherche interdisciplinaire
en sciences sociales. Place du Maréchal de Lattre de Tassigny.
Paris, France. 75116.

Abstract

The New Public Management (NPM) can be defined as a set of practices and ideas with the aim of importing work methods from the private sector to the public sector. In this context, what happens to the public officials responsible for implementing public policies, those whose daily practices are directly affected by this desire for transformation? To answer this question, we use observations, interviews and questionnaires carried out as part of a thesis on French hospitals in the 2000s. We show that there is differentiation within the health professions. The NPM faces opposition of the dominant segments, whereas the dominated segments are more compromised with it, especially because they have fewer means to resist it.

Keywords: Hospital; Professions; New Public Management; Emergencies; Medicine, Social State.

La Nouvelle Gestion Publique (NGP) peut être définie comme un ensemble de pratiques et d'idées visant à importer dans le secteur public les méthodes de travail du secteur privé. Née, schématiquement, avec les administrations Thatcher (1979) et Reagan (1981), elle a connu différents avatars, différentes variantes, selon les lieux et les époques. L'ouvrage de David Osborne et Ted Gaebler (1992) intitulé « Réinventer l'État : comment l'esprit d'entreprise est en train de transformer le secteur public » peut être considéré comme un de ses manifestes. Intervenant près d'une décennie après les premières politiques visant à démanteler l'État social (Pierson, 1994), son emploi du présent continu dans son sous-titre (*is transforming*) exprime qu'une transformation serait bien en cours, alors qu'une grande partie de l'enjeu politique de la question est de savoir si cette ambition parvient ou non à se réaliser.

Qu'advient-il, dans ce contexte, des agents publics, chargés de mettre en œuvre les politiques publiques, ceux dont les pratiques quotidiennes sont directement visées par cette volonté de transformation ? En France, le débat oppose dans ses grandes lignes les auteurs selon qui il y aurait une contradiction claire entre les pratiques des professionnels publics et la NGP (par exemple Mas et al., 2011; Pierru, 1999) et ceux qui affirment que ces professions se recomposeraient simplement tout en conservant leur autonomie (Bezes et al., 2011). On voudrait ici proposer une synthèse de ces approches, en montrant qu'il y a bien différenciation au sein des professions de santé, mais que la NGP se heurte à l'opposition des segments dominants de celle-ci, tandis que les segments dominés composent davantage avec elle notamment parce qu'ils ont moins les moyens de lui résister.

Pour parvenir à cette conclusion, nous procédons en trois temps. Nous définissons d'abord des critères orientant la pratique des professions hospitalières. Nous montrons ensuite que la NGP signifie une modification de l'ordonnancement de ces critères au profit de celui de l'économie de moyens. Nous observons ensuite que les segments professionnels les plus sensibles à cette opération sont les segments dominés à l'hôpital, typiquement les infirmières par rapport aux médecins. Les sources utilisées sont des observations,

entretiens et questionnaires réalisés dans le cadre d'une thèse sur les hôpitaux français dans les années 2000 (Belorgey, 2009, 2010).¹

Les critères orientant la pratique des professionnels du soin

Les hôpitaux étant à la fois des administrations et des lieux de soin, il faut prendre en compte ces deux dimensions de l'activité des personnes qui y travaillent.

En tant qu'administration

Christopher Hood (1991), dans une approche généraliste de l'action publique puisqu'elle engloberait toutes les époques et tous les continents, distingue trois critères qui orienteraient le fonctionnement des administrations publiques. Le premier a trait à la légalité et à la justice (*honesty and fairness*) dont font preuve ou non les administrations dans leur fonctionnement. On peut considérer que l'État de droit et plus généralement le mode de légitimation légal-rationnel (Weber, 1922) correspondent à cette visée. L'hôpital n'échappe pas à ce critère de bon fonctionnement, comme l'illustre le souci de non discrimination des patients dans l'accès aux soins qui peut être observé dans le droit et dans les pratiques quotidiennes des soignants.² Le deuxième critère consiste à ajuster les moyens aux fins recherchées pour éviter tout gaspillage (*economy and parsimony*). On peut en voir des illustrations dans les articles des Déclarations des droits indiquant que tout agent public est comptable des deniers de l'État et dans les inquiétudes récurrentes sur la hausse des dépenses de santé par rapport à la richesse des nations. Le troisième critère proposé par C. Hood pour évaluer les institutions administratives est celui de leur fiabilité, de leur permanence dans le

temps, de leur capacité à surmonter les épreuves même les moins prévisibles (*reliability, robustness, survival*). Du point de vue de la théorie politique, on peut relier ce critère aux définitions de l'État d'inspiration hobbesienne, selon lesquelles celui-ci serait comme un îlot de stabilité face à une nature spontanément chaotique. À l'hôpital, ce critère est satisfait par l'existence de dispositifs de garde, qui permettent de soigner les personnes à tout moment, et d'une offre de soins suffisamment diversifiée et bien répartie sur l'ensemble du territoire pour permettre une bonne accessibilité et un traitement de toutes les maladies possibles, voire une redondance de certains services, tant les voies de la guérison sont incertaines.

Le deuxième critère peut entrer en concurrence avec les deux autres, la fiabilité et l'impartialité étant nécessairement plus coûteuses qu'un État flou ou laissant les purs rapports de force gouverner.

En tant que lieu de soins

Administrations, les hôpitaux sont aussi des lieux d'exercice de la médecine. En s'inspirant d'une théorie kantienne des professions (Champy, 2011), on propose ici de déterminer les grands critères qui guident l'activité de soin. Le premier semble la capacité à guérir un organe malade, par exemple en réduisant la fracture d'une jambe. À ce titre, la division croissante du travail médical entre spécialités favorise les progrès de la discipline en approfondissant la connaissance de chaque organe pris séparément : la cardiologie pour les cardiopathies, la gastro-entérologie pour les maladies du tube digestif, etc.

Il faut cependant joindre immédiatement à ce mouvement de spécialisation, la volonté de soigner non simplement un organe, ou une collection d'organes, mais la personne dans son ensemble, et notamment de réduire la douleur

1 Les questionnaires ont été administrés dans deux services d'urgence, l'un en hôpital universitaire, l'autre en hôpital général, et ont recueilli au total 105 réponses, soit un taux de retour de 2/3 environ. Les services d'urgences ont été choisis parce qu'ils permettent de montrer plus facilement des phénomènes qui concernent l'hôpital dans son ensemble, notamment son tiraillement entre les logiques concurrentes de spécialisation de la médecine, d'accueil de toutes les populations résidant sur un territoire donné, et de limitation de ses moyens de financement (Dodier; Camus, 1997).

2 Par « soignant », on entend tout professionnel de santé au contact des patients, quel que soit son rang, médecin, infirmière, aide-soignante, ou autre.

qu'elle peut éprouver, préoccupation relativement récente dans la médecine occidentale (Baszanger 1995; Foucault, 1963). Ces deux dimensions - le soin d'organes isolés et de la personne dans son ensemble - font la spécificité de la médecine par rapport à d'autres relations de service. Comme l'indique Erving Goffman (1961) de manière provocante, ce qui distingue au fond un médecin d'un garagiste, c'est que le premier travaille sur un « matériau humain », le corps et l'esprit même du commanditaire, plutôt que sur un simple objet lui appartenant. Certes, les deux démarches ont en commun de procéder de manière similaire : d'abord l'identification de certains symptômes attestant d'un écart à l'état jugé normal, à la « bonne santé » ; ensuite l'établissement d'un diagnostic sur les causes de cet écart ; enfin la détermination d'un traitement destiné à rétablir le « bon fonctionnement ». Des rapports de force variables peuvent s'établir entre le praticien et son client, notamment en fonction du marché et de leurs positions sociales respectives.

Mais l'humanité du « matériel » sur lequel opèrent les professions de santé lui confère une sensibilité particulière. La coopération du patient est nécessaire au bon déroulement de l'acte médical, par exemple pour prendre ses traitements ou pour maîtriser les réactions spontanées de son corps, comme le montre *a contrario* l'utilisation de l'anesthésie pour certaines opérations. Cette coopération va à l'extrême jusqu'à savoir « bien mourir » (Strauss; Glaser, 1965).

Le travail sur le matériau humain implique aussi pour les professionnels de santé un aller-retour permanent entre d'une part implication personnelle, engagement, et d'autre part mise à distance, retrait pour se protéger. Ce point est illustré par cette femme médecin urgentiste à qui l'enquêteur vient de demander si elle a des nouvelles de ses anciens patients :

Je n'ai pas besoin de savoir ce que deviennent les patients [...]. Quand je transfère un patient, quand j'ai des retours, des comptes rendus d'hospitalisation je suis contente, si je n'en ai pas ça ne me gêne pas [...]. C'est aussi pour me protéger [...]. T'as des situations qui sont difficiles sur le

plan émotionnel à supporter, et ça parce que je suis sensible j'ai besoin de me faire une carapace [...]. Je veux rester très objective. À partir du moment où je vais commencer à m'attacher à quelqu'un je ne suis plus objective, je peux même plus soigner le patient [...]. C'est comme René, tu l'as vu, c'est un mec alcoolique chronique, qui a une atteinte pulmonaire due au tabac. Que je connais depuis que je suis externe, qui est psychiatrique, hein, il est pas net, qui est pas SDF [sans domicile fixe], mais presque, et qui hante les urgences... Ça fait dix ans que je connais René. Et ce mec-là, le jour où il va crever, je dis crever parce que ça va être dans des conditions moches, il va pas mourir bien, et bien ça va me faire de la peine, parce que je le connais depuis que je suis toute petite. Il est ingérable comme patient, il a une maladie cardiaque très évoluée, il se soigne pas parce qu'il est pas neuronalement, corticalement capable de se soigner, et en plus ni violent ni... Moi j'ai parlé avec lui, c'est un mec à qui tu t'attaches, qui vient te voir, qui te sollicite tout le temps, tu vois, il est touchant, par un côté, mais ingérable, et ce mec-là, il a déjà fait deux arrêts [cardiaques], je l'ai intubé une fois en arrêt cardiaque, le jour où il va mourir ça me fera un drôle d'effet. Et si je me blinde pas, et je pense que c'est une réalité pour nous médecins, si tu te blindes pas tu te fais bouffer par ce métier-là qui est difficile, qui est émotionnellement extrêmement dur, parce que t'as des patients qui meurent, qui souffrent. (Entretien, médecin urgentiste, février 2005)

Cette situation n'est pas spécifique aux services d'urgence. On la retrouve par exemple en réanimation néo-natale, où Anne Paillet (Paillet, 2007) parle pour les infirmières d'« attachement rétractable » à l'égard des enfants dont elles doivent prendre soin mais à qui il arrive de mourir. L'auteur généralise à l'ensemble des soignants chez qui elle discerne un sens pratique de la préservation de soi.

Après le soin accordé à un organe en particulier et à une personne dans son ensemble, une troisième dimension de la pratique soignante réside dans la volonté de traiter non simplement de patients isolés, mais de populations entières, autrement dit de pratiquer une médecine non seulement individuelle mais aussi publique. On peut faire

remonter cette préoccupation au moins à l'époque romaine et elle demeure parfaitement actuelle (Fassin, 2005). Sa différence avec la dimension de traitement individuel et son conflit possible avec elle se voit par exemple dans la question des vaccins contre les épidémies : un vaccin comporte toujours un risque pour celui qui le prend, mais cette prise protège aussi ses voisins d'une éventuelle contagion, de sorte que le ratio bénéfice/risque serait meilleur au niveau collectif qu'au niveau individuel, où l'intérêt du vaccin est parfois discutable.

Un quatrième trait de la médecine réside dans sa dimension non seulement curative, comme dans les deux premiers, mais aussi préventive, qui apparaît déjà avec la question de la vaccination. Trois grands repères permettent de l'illustrer à nouveau : celui d'abord des figures mythologiques grecques d'Hygie et de Panacée, filles d'Asclépios représentant respectivement la prévention et la guérison, celui ensuite de la médecine traditionnelle chinoise qui serait beaucoup plus préventive que l'occidentale (Hoizey; Hoizey, 1988; Triadou, 2004) enfin la grande attention accordée à la prévention par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui en distingue trois stades (liée aux conditions de vie, à l'action des professionnels de santé, enfin à l'accompagnement des malades).

Cette liste des dimensions de l'activité de soin n'est vraisemblablement pas close. On pourrait probablement y inclure, à l'instar de l'action publique, l'impératif d'économie, ou plutôt la limitation de fait des ressources disponibles. Celle-ci n'est pas toujours explicite. Le serment d'Hippocrate, par exemple, ne mentionne aucune exigence d'économie dans la pratique de la médecine, mais engage simplement celui qui le prononce « dans la mesure de ses forces et de ses connaissances » (passage qui n'est même pas repris dans l'actualisation proposée par l'Ordre des médecins à la fin du 20^{ème} siècle : Hoerni, 1996). Au quotidien, la limitation des moyens s'observe de multiples façons, depuis les files d'attente physiques jusqu'aux délais pour obtenir un rendez-vous ou une hospitalisation, en passant par les arbitrages constants que font les soignants de leur temps limité au profit de leurs différents patients.

La NGP : une volonté de modifier la hiérarchie des critères en vigueur au profit de celui de l'économie de moyens

La managérialisation observée aujourd'hui dans les hôpitaux peut s'interpréter, au niveau de la pratique hospitalière, comme une volonté de modifier l'ordonnancement des critères que nous avons passés en revue au profit de la prééminence du critère économique. Pour le voir précisément, il faut (1) détailler en quoi cette managérialisation consiste ; (2) montrer comment ceux qui la promeuvent tentent d'opérer cette re-hiérarchisation.

Des orientations nationales aux incitations individuelles

Deux aspects de la NGP se retrouvent dans de nombreux pays. Le premier est la limitation des moyens accordés aux hôpitaux, l'enveloppe budgétaire globale dont ils disposent étant fermée, voire peu à peu réduite (Pierru, 2011; Pierson, 1994). Le second est la mise en place, à l'intérieur de cette enveloppe, de systèmes de paiement au forfait et non plus en fonction du coût réel des soins. Inventé aux États-Unis pendant l'administration Reagan (Mayes; Berenson, 2006), le couplage de ces deux dispositifs a été exporté dans de nombreux pays, notamment européens. En France il porte le nom d'Objectif National des Dépenses d'Assurance-maladie (ONDAM), dans sa composante hospitalière, en ce qui concerne l'enveloppe globale, et de Tarification à l'activité (T2A) en ce qui concerne le forfait de soin. Il laisse à la charge des producteurs de soins (hôpitaux, soignants, etc.) l'écart entre le montant du forfait et le coût réel du soin. Cela les incite d'une part à soigner au moindre coût, à être « productifs » ou « efficaces » selon le vocabulaire préféré, bref cela s'accorde avec le critère d'économie de moyens. Mais cela les incite aussi à réduire autant que possible la qualité des soins, et à ne pas prendre en charge les patients les plus coûteux par rapport au forfait, ce qui contrarie directement les critères de fiabilité et d'égalité dans l'accès aux soins. Quand on fait état de ces éléments à un gestionnaire, sa réponse immédiate est qu'on peut bien sûr faire

confiance aux soignants pour ne pas maltraiter les patients. En fait, cela signifie que cela reste de leur responsabilité juridique, mais les incitations sont bien là, et les soignants se retrouvent seuls face à leurs patients et aux décisions difficiles qu'ils doivent prendre en l'absence de moyens suffisants, d'où une grande souffrance de leur part.

Comment ce schéma général se traduit-il au quotidien ?

Une attention renforcée pour le critère d'économie de moyens

Les apories de la managérialisation des hôpitaux

L'antagonisme entre critère d'économie de moyens et pratiques de soin apparaît à de multiples niveaux. Un premier exemple peut être fourni par les soins infirmiers. Les soins « relationnels » concernent l'attention accordée à la personne dans sa globalité et sont difficiles à codifier, tandis que les soins « techniques » (pansement d'une plaie, prise de sang, etc.), sont beaucoup mieux pris en compte dans le référentiel officiel. Il s'ensuit un recentrement des soignants vers le premier critère de la pratique médicale que nous avons identifié, celui du soin d'un organe en particulier, par opposition au deuxième, la considération de la personne prise globalement. Ce mouvement contredit aussi directement l'engagement du soignant dans la relation, dont nous avons vu plus haut qu'il constituait un élément essentiel du travail sur matériau humain. En d'autres termes, la part personnelle, gratuite, donnée par les soignants (Chaniel, 2010), même s'ils la reprennent ensuite en revenant sur leur quant-à-soi professionnel, est absente des référentiels managériaux et donc incitée à disparaître des comportements pratiques. La parcellisation du travail de soin va aussi à l'encontre de la prise en charge des maladies chroniques, comme le diabète ou la maladie d'Alzheimer, qui requièrent plus que des actes techniques ponctuels une prise en charge au long cours mal cernée par le référentiel officiel (Grimaldi, 2009).

L'opposition entre critère d'économie de moyens et pratiques de soin apparaît aussi dans les services d'urgence (Belorgey, 2011). La voie qu'y emprunte la managérialisation consiste en une volonté affichée

par les pouvoirs publics de réduire le temps de passage des patients dans ces services, ce qui est politiquement porteur mais permet surtout, dans le même temps, de réduire le temps de soin et donc les coûts salariaux, premier poste de dépense des établissements de santé. Cependant, accélérer le rythme de soin porte directement atteinte au critère de fiabilité du service : les patients, examinés parfois hâtivement, voient leurs troubles moins bien explorés, et doivent ainsi davantage revenir dans le service. Les patients restent moins longtemps dans le service mais leur taux de retour augmente : ils doivent plus fréquemment revenir après un premier passage, ce qui n'est pas pris en compte par le référentiel managérial. Cette baisse de fiabilité peut même causer des décès pour les patients qui ne parviennent pas à revenir à temps, mais seuls les professionnels sont susceptibles d'être inquiétés par ces événements, car dans l'état actuel des choses, notamment du droit, un défaut de qualité ne peut être imputé qu'à un professionnel et non aux dispositifs managériaux eux-mêmes.

Administration contre soignants

Comme on l'a vu, le critère d'économie de moyens est beaucoup plus présent dans l'action administrative que dans l'exercice de la médecine (cf. *supra*, I). La différence entre ces deux aspects du soin hospitalier est aussi visible dans les modes de légitimation qui leur sont liés. Dans un texte classique, l'opposition entre médecins et administrateurs des hôpitaux est ainsi rapportée au type d'autorité qu'ils exercent selon la typologie wébérienne : charismatique pour les premiers, bureaucratique pour les seconds (Smith, 1958 ; pour les médecins, Herzlich et Adam 2001, 96 rajoutent l'autorité traditionnelle, ce qui permet de compléter la trilogie wébérienne). Ce texte, un des premiers à dresser la comparaison entre hôpital et entreprise appelée à une grande postérité, fait aussi remarquer que si dans la seconde les producteurs sont hiérarchiquement soumis aux dirigeants centraux, il n'en va pas de même dans le premier, où les médecins sont à la fois les principaux producteurs du soin et ne sont pas intégrés dans une ligne hiérarchique claire. Cette description des modes d'exercice du pouvoir dans l'enceinte hospitalière a été complétée

pour tenir compte de la pluralité d'acteurs soignants, montrant que l'ordre est négocié entre les médecins et tous les autres (Strauss et al., 1963). D'autres travaux soulignent que le pouvoir bureaucratique des administrateurs renvoie plus largement à celui de l'État qu'ils représentent localement - l'hôpital n'est pas seulement une organisation mais aussi une institution (Steudler, 1974).

Cette différence de mode de légitimation et de voie hiérarchique fait que les administrateurs caractérisent volontiers les soignants comme insubordonnés et irrationnels, par opposition à la « logique rationalisatrice » qu'eux-mêmes tenteraient d'impulser. Selon cette vision managériale, il n'y aurait pas de différence fondamentale entre une activité industrielle, telle que modélisable par une fonction de production de type Cobb-Douglas, et ce qui se passerait dans un établissement de santé. Il s'agirait toujours ainsi de maximiser la productivité, ou en termes plus communicationnels de « réduire des inefficiences », « d'optimiser des processus », de « supprimer des goulots d'étranglement », etc. Cette optique est aussi celle d'un contrôle exercé sur les processus productifs, qui devraient être préservés de toute perturbation les écartant de leur fonctionnement optimal. Ainsi, tel chef de service présenterait une menace pour son établissement au motif, explique un directeur d'hôpital, qu'il ne « tient pas ses PH [praticiens hospitaliers] », c'est-à-dire qu'il ne peut pas garantir que les médecins du service ne feront pas grève pour soutenir leurs infirmières dans le cadre du conflit qui oppose actuellement celles-ci à la direction sur la question des effectifs, excessifs pour celle-ci, insuffisants pour elles (Discussion informelle, Paris, novembre 2006). Dans un registre proche, un directeur et son adjoint déplorent l'existence de « doublons » dans les services de leur établissement, à l'origine de dépenses « redondantes », en l'occurrence des services relevant de la même spécialité médicale. Quand on apprend que ces services mettent en œuvre des méthodes curatives différentes, on s'aperçoit que leur existence correspond à ce que C. Hood a identifié comme la coexistence de pratiques diversifiées pour atteindre le même objectif, et qui permet de rendre l'action étatique

d'avantage à même de se positionner dans une situation d'information imparfaite qui, soit dit en passant, est le propre de la médecine. On est donc typiquement dans un cas de conflit entre les premier et troisième critères de l'action étatique proposés par le chercheur britannique.

Les médecins sont très éloignés de cette vision managériale. Tout se passe pour eux comme s'il n'y avait pas une, mais mille façons de soigner un même patient, comme si la guérison était toujours incertaine, et l'art médical jamais sûr de l'emporter sur les processus morbides à l'œuvre. D'où un fonctionnement par consensus et l'absence entre eux de sanctions autres qu'informelles, comme l'isolement relatif (Freidson, 1970). Ces éléments, déjà observés dans les hôpitaux américains des années 1950 et 1960, semblent perdurer aujourd'hui en France. Interrogés sur le point de savoir s'ils sont « correctement évalués par leur hiérarchie », 62 % d'entre eux s'abstiennent ou répondent qu'ils ne savent pas, cette forte proportion de non-réponses signalant à quel point la question fait peu de sens pour eux (cf. tableaux 3 et 4 *infra*). De manière analogue, bien qu'ils se querellent souvent entre eux, les médecins continuent d'afficher vis-à-vis de l'extérieur un grand respect pour la pratique de leurs confrères : « Les médecins entre eux ne rentrent jamais sur les pratiques. Jamais personne ne dira : « Je ne travaille pas avec untel parce que c'est un mauvais chirurgien ». Jamais. Il dira : « parce que j'ai d'autres correspondants » (Médecin, entretien, Paris, avril 2005).

À ces raisons pour les soignants de s'opposer à la managérialisation de leurs pratiques s'ajoute l'opposition effective de certains d'entre eux. On trouve à ce titre schématiquement deux types d'opposants : d'une part des oppositions syndicales et politiques qu'on pourrait qualifier de traditionnelles, par exemple de la part des membres de la CGT ; d'autre part des personnes qui ne se caractérisent pas par leur engagement syndical ou politique, puisqu'elles sont en général non syndiquées et faiblement politisées, mais par leur fort engagement professionnel, comme des médecins et infirmières unanimement reconnus dans leurs services pour leurs qualités professionnelles et, pour ce second corps de métier, bien notés par leur hiérarchie. Leur

opposition commune à la managérialisation vient de ce que celle-ci met à mal les critères d'un bon exercice de leur profession.

La vision qui a été donnée jusqu'ici des soignants est cependant quelque peu irénique. Derrière ce vocable se trouvent en effet de nombreuses catégories de soignants, qui ne réagissent pas tous de la même façon aux injonctions managériales.

Segmentation professionnelle et sensibilité aux injonctions managériales

La division du travail hospitalier

Les soignants se différencient en premier lieu selon la division verticale du travail hospitalier, c'est-à-dire en fonction de leur rang hiérarchique. Cette hiérarchie correspond elle-même à une gradation des tâches des plus nobles aux moins nobles. À la question : « parmi ce que vous faites, que préférez-vous ? », les soignants toutes catégories confondues répondent spontanément en citant des actes de soin proprement dit (83 %), à commencer pour les médecins la pose de diagnostics, plutôt que d'autres aspects de leur activité, comme par exemple le fait de travailler en équipe (10 %). La question symétrique (« parmi ce que vous faites, qu'aimez-vous le moins ? ») ramène sans surprise des réponses relatives au contact avec des matières impures (sang, urine, matières fécales, etc. ; notamment pour les incontinents dont il faut changer les couches), la déchéance des patients ou leur mort (13 %).

La hiérarchie soignante épouse largement cette gradation des goûts et des dégoûts, des travaux les plus nobles aux moins nobles, dans le sens où les catégories supérieures rejettent le « sale boulot » sur celles qui leur sont subordonnées (Hughes, 1951). Les médecins occupent le sommet de cette pyramide. Leur position dominante est bien rendue par le double sens de l'adjectif « médical ». Au sens strict, il s'applique à une chose qui concerne les médecins, par exemple quand une infirmière parle d'un geste « médical », cela signifie qu'il est juridiquement du ressort d'un médecin, autrement dit qu'elle n'est pas habilitée à le faire. Au sens large, ce terme désigne le

processus de soin en général quel que soit le statut de ses intervenants, comme dans l'expression « c'est un problème médical » qu'on oppose à un « problème social ». Cette invisibilité relative des acteurs qu'on nomme justement paramédicaux est le signe de leur moindre prestige et de leur position subordonnée. Les médecins se concentrent sur la partie noble du processus de soin : détermination du diagnostic et du traitement.

Juste en dessous d'eux se trouvent les infirmières. Elles relèvent en droit d'une ligne hiérarchique propre, à travers leurs cadres de santé, puis le cadre du supérieur au niveau du service ou du pôle, enfin la Directrice des soins infirmiers (DSI) pour l'établissement. Mais en pratique, leur travail est subordonné à celui des médecins. Ce sont largement des médecins qui déterminent, au niveau national, ce qui est du ressort des médecins ou du leur ; ce sont eux qui, au quotidien, déterminent les traitements que les infirmières administrent aux patients ; elles forment enfin une profession moins reconnue socialement qu'eux, notamment en termes de rémunération. Par ailleurs, le travail des infirmières se définit au quotidien non par une liste de tâches, mais largement par leur rôle social, c'est-à-dire par tout ce qu'il faut faire en complément du médecin pour que le processus de soin se déroule bien : accueillir le patient, veiller à ses besoins, le rassurer, etc. Le caractère de basses œuvres de leur travail est bien montré par une historienne de leur métier qui écrit qu'à l'origine « elles assument ce qui reste le plus redoutable, même pour le praticien le plus endurci : les soins les plus répugnants, les souffrances irrémédiables, l'angoisse de l'agonie. » (Knibiehler, 1984, p. 45).

La division des tâches entre médecins et infirmières repose largement sur un modèle genré, faisant de la condition féminine le support d'un rôle subordonné. Dans cette configuration, « les qualités » des infirmières se sont longtemps opposées à « la qualification » des médecins (Kergoat et al., 1992, chap. 2). Le slogan « ni bonnes, ni nonnes, ni connes », scandé lors de la coordination infirmière de 1988, signifiait précisément le refus de la confusion entre qualités personnelles et rôle professionnel, afin de reconnaître à celui-ci toute sa valeur, notamment financière. La plupart des infirmières sont des femmes.

Après les infirmières, l'existence d'aides-soignantes correspond à un degré supplémentaire dans la délégation du sale boulot du haut vers le bas de la hiérarchie soignante. Assumant les basses fonctions autrefois remplies par « un personnel mal payé, sans formation et souvent de mauvaise réputation » (Acker; Arborio, 2004) elles débute leur existence en tant que catégorie administrative destinée au reclassement du personnel subalterne quand, dans les années 1940, le législateur entreprend de trier les vraies infirmières, diplômées d'État (DE), des nombreuses autres qui exerçaient jusqu'alors sans diplôme. L'absence de DE signifie désormais aussi une moindre paye et donc des économies pour les tutelles. Si les infirmières administrent les traitements et exercent leur « rôle propre », les aides-soignantes sont en charge de la fonction d'hébergement de l'hôpital, de l'assistance aux patients dans leurs gestes quotidiens (dont les toilettes, les changes, etc.), et de leur surveillance. Par un processus de retournement du stigmate, ce sont les tâches les plus dures que les aides-soignantes valorisent parfois le plus pour souligner leur apport et leur dignité (Arborio, 2001).

Verticale, la division du travail hospitalier est aussi horizontale, entre spécialités médicales et donc également entre services : non seulement entre médecine et chirurgie, mais aussi au sein de chacune de ces deux grandes branches, en une multitude de spécialisations qui se ramifient de plus en plus (Jaisson, 2002; Pinell, 2005). Certaines spécialités sont plus compatibles avec la NGP car leurs tâches sont plus délimitées. Par exemple, la chirurgie s'accommode mieux de la T2A, qui définit précisément ce qu'est telle ou telle opération, que la psychiatrie, où tant la définition de la maladie que ses traitements sont beaucoup plus difficiles à identifier et font difficilement l'objet d'individualisation. Une cure est plus compliquée qu'une appendicectomie. Mais ici, on propose d'approfondir ce qui a trait à la division verticale du travail.

Les segments dominés de la profession, plus sensibles à la managérialisation

La première raison en est que, selon leur rang hiérarchique, les soignants sont plus ou moins

exposés aux demandes des patients et disposent de plus ou moins de ressources pour y faire face. Ainsi, la capacité des soignants à se distancier de leur travail varie selon leur position dans la division verticale du travail hospitalier : les médecins se protègent plus facilement que les infirmières, qui le font plus facilement que les aides-soignantes, qui le font plus facilement que les agents périphériques au soin (cf. Tableau 1).

Levons un malentendu possible : les médecins ne sont pas insensibles. On se rappelle celle interrogée plus haut dans ce texte. Ce qui distingue les agents selon leur statut, ce n'est pas leur sensibilité, mais leur capacité à se protéger contre elle. Alors que les médecins se spécialisent sur la tâche d'établissement du diagnostic et du traitement, les paramédicaux sont plus souvent au contact des patients et de leurs familles. Parmi eux, les infirmières sont plus qualifiées et plus légitimes que les aides-soignantes. Par exemple, aux urgences, ce sont elles qui réalisent le tri décisif des patients à l'entrée du service, installent les patients dans les box (« le médecin va venir »), repassent après lui administrer le traitement et parfois exercer la surveillance. Dans les services de spécialité, ce sont elles qui sont le plus souvent au contact des patients, que les médecins ne voient en général qu'à l'occasion de leur « tournée ». Leur insistance sur leur rôle propre et sur les soins relationnels renforce cet aspect de leur activité. Interrogées sur leur capacité à se construire leur carapace, elles répondent plus fréquemment (22 % contre 17 % en moyenne) qu'elles ne *souhaitent pas* se faire une telle protection, autrement dit ériger une barrière entre elles et le patient. Elles souhaitent rester dans la relation et non s'en extraire, conformément à leur rôle professionnel qui implique une certaine proximité avec les patients. De même, elles sont les plus nombreuses à « rentrer à la maison avec » quand un patient les a émuës ou énervées : 44 % d'entre elles contre 33 % par exemple pour les médecins. En outre, les infirmières disposent de moins de ressources que les médecins pour faire face aux demandes des patients. Elles ne peuvent s'appuyer sur l'autorité de la science, sont plus souvent des femmes, plus jeunes, et appartiennent à une catégorie sociale moins élevée que les médecins.

Tableau 1 – « S'il vous arrive d'être ému(e) ou énervé(e) par un patient... » (1)

	Ensemble	Méd.	IDE	AS	Périph.
ça ne m'arrive jamais	4%	0%	2%	6%	15%
je me fais facilement une carapace	15%	20%	16%	12%	8%
je me fais une carapace mais c'est parfois difficile	30%	17%	31%	41%	46%
je n'arrive pas toujours à me faire une carapace	14%	20%	9%	18%	15%
je ne souhaite pas me faire une carapace	17%	17%	22%	12%	8%
n.r.	19%	27%	19%	12%	8%
n =	105	30	45	17	13

Tableau 2 – « S'il vous arrive d'être ému(e) ou énervé(e) par un patient... » (2)

	Ensemble	Méd.	IDE	AS	Périph.
ça ne m'arrive jamais	4%	0%	2%	6%	15%
ça me perturbe un moment et puis ça passe	23%	20%	24%	24%	23%
ça peut me perturber longtemps	4%	7%	0%	6%	8%
il m'arrive de « rentrer avec » à la maison	40%	33%	44%	35%	38%
autre (*)	3%	4%	4%	0%	0%
n.r.	28%	37%	24%	29%	15%
n =	105	30	45	17	13

(*) : Par exemple : « J'évacue en parlant avec mes collègues ».

Il n'est donc pas étonnant, dans ces conditions, que les infirmières soient plus sensibles que les médecins à la thématique du temps de passage et donc d'attente, visage aux urgences de la logique managériale (cf. *supra*, II). En effet, en dépit de son fort écart à la réalité du métier infirmier, cet indicateur exprime mieux, ou plutôt moins mal, le travail des infirmières que celui des médecins. Si en moyenne seulement 11 % des soignants considèrent que ces chiffres décrivent bien leur travail, cette proportion est légèrement supérieure pour les infirmières (17 %). Ce sont aussi elles qui déclarent le plus que le temps d'attente des patients serait un problème essentiel : 71 % contre 43 % pour les médecins.

Cette plus grande vulnérabilité des soignants dominés, notamment des infirmières, face aux demandes des patients, revêt une acuité particulière quand ceux-ci sont violents. Cette violence, spécialement aux urgences, n'est pas seulement un

thème récurrent des mémoires d'élèves-infirmières et de la presse, spécialisée ou grand public. Elle correspond également à une réalité bien palpable. La mémoire des services d'urgence est ainsi parsemée d'événements violents plus ou moins graves, comme l'histoire de cette aide-soignante frappée par un patient et qui un an plus tard est encore en arrêt maladie car « *elle est revenue travailler ici mais cette peur est remontée en elle, elle arrivait plus à regarder les gens en face. Elle suit une psychothérapie, même dans les supermarchés elle avait peur* » (CHU, 2006). Beaucoup d'infirmières quittent le service voire la profession à la suite de semblables épisodes, ce qui contribue à leur relativement faible « durée de vie » professionnelle : dix ans en moyenne pour une infirmière (Kergoat et al., 1992).

La violence aux urgences frappe surtout ceux qui semblent faibles : physiquement, d'après leur genre masculin ou féminin, enfin statutairement.

Ce sont surtout des jeunes, des infirmières et des aides-soignantes, ces dernières d'autant plus qu'elles sont plus fréquemment préposées au sale boulot de contention des patients, et suscitent donc la colère de ceux-ci. Ainsi, près des trois quarts des aides-soignantes déclarent être souvent insultées par des patients, contre 42% des infirmières et seulement 3 % des médecins. En matière d'agression physique, ces proportions sont respectivement de 41 %, 9 % et... 0 %. Attacher un patient est aussi un travail plus volontiers dévolu aux hommes, qu'ils soient infirmiers, aides-soignants ou agents de service. Sur l'ensemble des répondants, 19 % des femmes contre 3 % des hommes n'attachent jamais un patient. Ainsi, plus exposées aux demandes des patients et au risque de leur violence, les catégories socio-professionnelles dominées à l'hôpital, notamment les infirmières, sont aussi plus sensibles à la thématique managériale du temps d'attente. Des patients qui attendent moins longtemps sont plus faciles à gérer et risquent moins de devenir violents.

Globalement considérée, la NGP dans les hôpitaux s'oppose aux logiques de soin, ne serait-ce que parce qu'il limite les moyens dont les soignants disposent pour faire leur métier. Elles font cependant l'objet d'une certaine appropriation par des agents occupant une position relativement dominée dans la division du travail hospitalier, comme les paramédicaux plutôt que les médecins. En particulier en ce qui concerne les urgences, les infirmières, plus exposées aux doléances des (im) patients que les médecins, sont plus sensibles au thème de la « réduction du temps d'attente », qui signifie en fait l'augmentation des cadences de soin.

L'application de la NGP dans les hôpitaux signifie donc une revalorisation du critère d'économie de moyens, et corrélativement une dévalorisation de tous les autres, notamment la fiabilité du service rendu et l'accessibilité à tous du service. Les différentes professions hospitalières se l'approprient de manière différenciée, en particulier selon la position qu'elles occupent dans la division verticale du travail. Les professions dominées sont moins armées pour y résister.

Références

- ACKER, F.; ARBORIO, A.-M. Infirmière et aide-soignante. In: LECOURT, D. (Ed.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, 2004. p. 646652.
- ARBORIO, A.-M. *Un personnel invisible: les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris: Anthropos, 2001.
- BASZANGER, I. *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris: Seuil, 1995.
- BELORGEY, N. *Réformer l'hôpital, soigner les patients: une sociologie ethnographique du nouveau management public*. 2009. Tese (Doutorado em Sociologia) - École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2009.
- BELORGEY, N. *L'hôpital sous pression: enquête sur le « nouveau management public »*. Paris: La Découverte, 2010.
- BELORGEY, N. "Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences": une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, n. 189, p. 1935, 2011.
- BEZES, P. et al. New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du Travail*, Amsterdam, v. 53, n. 3, p. 293348, 2011.
- CHAMPY, F. *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris: PUF, 2011.
- CHANIAL, P. Le New Public Management est-il bon pour la santé? *Revue du Mauvais*, Paris, v. 35, n. 1, p. 135150, 2010.
- DODIER, N.; CAMUS, A. L'admission des malades: histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital. *Annales HSS*, Paris, v. 52, n. 4, p. 733763, 1997.
- FASSIN, D. *Faire de la santé publique*. Rennes: Editions de l'ENSP, 2005.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. Paris: PUF, 1963.
- FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.

- GOFFMAN, E. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Minuit, 1961.
- GRIMALDI, A. *L'hôpital malade de la rentabilité*. Paris: Fayard, 2009.
- HERZLICH, C.; ADAM, P. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan, 2001.
- HOERNI, B. Serment d'Hippocrate réactualisé. *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, Paris, n. 4, 1996.
- HOIZEY, D.; HOIZEY, M.-J. *Histoire de la médecine chinoise: des origines à nos jours*. Paris: Payot, 1988.
- HOOD, C. A public management for all seasons? *Public Administration*, Hoboken, v. 69, n. 1, p. 319, 1991.
- HUGHES, E. Work and self. In: HUGHES, E. *The sociological eye*. New Brunswick: Transaction Books, 1951. p. 338-347.
- JAISSON, M. 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*, Paris, n. 143, p. 445-2, 2002.
- KERGOAT, D. et al. *Les infirmières et leur coordination*, 1988-1989. Paris: Lamarre, 1992.
- KNIBIEHLER, Y. *Cornettes et blouses blanches: les infirmières dans la société française aujourd'hui, 1880-1980*. Paris: Hachette, 1984.
- MAS, B. et al (Ed.). *L'hôpital en réanimation*. Bellecombe-en-Bauges : Croquant, 2011.
- MAYES, R.; BERENSON, R. A. *Medicare prospective payment and the shaping of U.S. Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006.
- OSBORNE, D.; GAEBLER, T. *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Reading: Addison-Wesley, 1992.
- PAILLET, A. *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l'éthique en réanimation médicale*. Paris: La Dispute, 2007.
- PIERRU, F. L' "hôpital-entreprise": une self-fulfilling prophecy avortée. *Politix*, Paris, v. 46, p. 747, 1999.
- PIERRU, F. Budgétiser l'assurance maladie. In: BEZES, P.; SINE, A. *Gouverner (par) les finances publiques*. Paris: Presses de Sciences, 2011. p. 395-449.
- PIERSON, P. *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- PINELL, P. Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, n. 156-157, p. 436, 2005.
- SMITH, H. L. Two lines of authority: the hospital dilemma. In: GARTLY, J. (Ed.). *Patients, physicians and illness*. New York: The Free Press, 1958. p. 470-474.
- STEUDLER, F. *L'hôpital en observation*. Paris: Armand Colin, 1974.
- STRAUSS, A.; GLASER, B. *Awareness of dying*. London: Aldine, 1965.
- STRAUSS, A. et al. The hospital and its negotiated order. In: FREIDSON, E. (Ed.). *The hospital in modern society*. New York: The Free Press, 1963. p. 147-168.
- TRIADOU, P. Médecine chinoise. In: LECOURT, D. (Ed.). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, 2004. p. 228-231.
- WEBER, M. *Economie et société*. Paris: Presses Pocket, 1922.