



HAL
open science

Avant propos [du dossier "Hôpital: réformes, crises et résistances"]

Maud Gelly, Joseph Hivert, Alexis Spire

► **To cite this version:**

Maud Gelly, Joseph Hivert, Alexis Spire. Avant propos [du dossier "Hôpital: réformes, crises et résistances"]. *Revue française des affaires sociales*, 2021, 4, pp.7-14. 10.3917/rfas.214.0007 . halshs-03500083

HAL Id: halshs-03500083

<https://shs.hal.science/halshs-03500083>

Submitted on 21 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

HÔPITAL : RÉFORMES, CRISES ET RÉSISTANCES

Avant-propos

Maud Gelly, Joseph Hivert et Alexis Spire

« La crise consiste justement dans le fait que l'ancien meurt et que le nouveau ne peut pas naître : pendant cet interrègne on observe les phénomènes morbides les plus variés. »

Antonio Gramsci, 1996, « Passé et présent », *Cahiers de prison – Tome 1 : cahiers 1 à 5*, cahier 3, § 34, p. 283, Paris, Gallimard. Traduction de l'italien par Monique Aymard et Françoise Bouillot.

Depuis plusieurs années, l'hôpital public fait l'objet d'une succession de réformes budgétaires et structurelles qui, au fil du temps, ont fini par transformer de fond en comble son organisation et ses moyens, alors que sa principale mission reste la même : accueillir et soigner toutes celles et ceux qui se tournent vers ce service public. L'écart grandissant entre l'attachement des agents à leur métier et la dégradation continue des conditions de travail à l'hôpital a fait croître un malaise qui s'est traduit ces dernières années par des mobilisations inédites et par des résistances plus discrètes. La remise en cause des réformes managériales ne se limite plus aux personnels les plus politisés mais touche également un nombre croissant de médecins et une partie des élites hospitalo-universitaires.

C'est dans cette configuration d'une institution à bout de souffle qu'est survenue en mars 2020 l'épidémie de Covid-19. Les dysfonctionnements, tensions et contradictions qui traversent l'hôpital depuis plusieurs années ont alors été placés sous les projecteurs de l'actualité et ont contraint les pouvoirs publics à prendre des mesures inédites, notamment la restriction brutale des déplacements et des activités, au nom de la santé publique et de la préservation des capacités de fonctionnement de l'hôpital. Écartant l'idée de renforcer significativement les dotations budgétaires de cette institution, les gouvernants ont multiplié les déclarations et les mesures pour freiner l'afflux de patient-e-s : « le meilleur moyen de soulager l'hôpital, c'est de ne pas tomber malade »¹, expliquait ainsi le Premier ministre quelques jours avant l'annonce du deuxième confinement. En mars 2020, et dans une moindre mesure en octobre 2020, les « plans blancs »² mis en œuvre sur le territoire se sont de surcroît traduits par l'annulation d'une large majorité d'opérations chirurgicales, de consultations et d'hospitalisations programmées. Ce dispositif visant à libérer des lits d'hospitalisation et des personnels pour faire face à l'épidémie de Covid-19 s'est révélé extrêmement coûteux pour les autres patient-e-s, qui ont vu leurs soins reportés. Loin des visions enchantées de personnels hospitaliers unis dans le combat contre la pandémie et d'un gouvernement prêt à tous les sacrifices pour leur éviter de devoir « trier les malades », ce dossier consacré aux

¹ Jean Castex, discours à l'hôpital Nord de Marseille, 24 octobre 2020.

² Le « plan blanc » formalise les mesures d'urgence décidées par la direction d'un centre hospitalier ou par l'agence régionale de santé afin de faire face à une crise (accident, attaque terroriste, épidémie...). Il consiste d'une part à mobiliser l'ensemble des personnels (soignants, techniques, administratifs), y compris lorsqu'ils sont en congé, et d'autre part à déprogrammer des activités jugées non essentielles.

réformes du monde hospitalier, ainsi qu'aux crises et aux résistances qu'elles ont suscitées, entend éclairer les raisons sociales, politiques et organisationnelles qui ont conduit un service public – l'hôpital – à ne plus pouvoir répondre aux besoins de ses usager·ère·s³.

Réformes

À l'instar de beaucoup d'autres institutions étatiques, l'hôpital public est soumis depuis plusieurs années à des réformes successives qui se donnent pour objectif de diminuer les coûts et de rationaliser l'activité. Leurs conséquences sont multiples, aussi bien concernant la place occupée par les professionnel·le·s de l'organisation, avec notamment l'émergence de nouvelles fonctions comme celles de *bed managers*⁴ et autres consultant·e·s (Belorgey, 2020), que sur le plan des rapports de force entre les services hospitaliers : la logique de concentration des moyens sur les activités considérées comme rentables (Juven, 2018) peut se traduire par d'importants écarts d'investissements. Les conséquences peuvent également se mesurer sur le plan de la division genrée du travail à l'hôpital : secrétaires, aides-soignantes et infirmières sont souvent celles qui doivent couvrir, en toute discrétion, les défaillances de l'institution, permettant ainsi à ceux qui exercent les métiers les plus nobles et les plus visibles, notamment les médecins, de continuer à endosser le beau rôle de héros (Avril et Ramos Vacca, 2020).

Au-delà des dispositifs techniques et gestionnaires dont la tarification à l'activité (T2A) constitue l'aboutissement, trois articles de ce dossier analysent les effets de ces réformes sur le travail de différentes catégories de personnel hospitalier. Camille Foubert, dans « Rationaliser l'activité pour sauver l'État social ? Appropriations et application localisée des nouvelles règles gestionnaires par les professionnels de l'hôpital public », montre comment les agents hospitaliers s'approprient le raisonnement économique et investissent leur travail en y associant des enjeux budgétaires : il ne s'agit plus seulement de délivrer un service, mais de s'assurer qu'il est produit au moindre coût et qu'il est destiné aux usager·ère·s qui le méritent par leur adhésion aux attentes médicales (perte de poids, dans le service enquêté). Placés au contact de toutes celles et ceux qui se présentent en demande de soins, les agents de l'hôpital public perçoivent alors les usager·ère·s à travers le prisme de ce que pourrait coûter l'intervention requise.

Les enquêtes de Julien Aron, Jérémy Geeraert et Caroline Izambert (« L'accueil des patients étrangers à l'hôpital sous le feu croisé des réformes comptables et des politiques d'immigration ») dans des services de néphrologie et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en sont une autre illustration : elles montrent que des soins très coûteux, tels que la dialyse, sont refusés aux malades étranger·ère·s dont le statut administratif est plus précaire et dont l'accès à une couverture maladie est plus improbable. « Traversés par les contradictions de l'État » (Bourdieu, 2015a, p. 344), les agents de l'hôpital public peuvent alors être amenés à endosser la fonction de garant d'un État social qui ne cesse de se rétracter et à percevoir les usager·ère·s les moins solvables comme une menace pour sa pérennité.

Parmi les multiples réformes mises en œuvre à l'hôpital, le développement de l'ambulatoire, c'est-à-dire la prise en charge de soins médicaux ou chirurgicaux en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation complète, est source de nombreuses réorganisations. Ce qu'il est désormais convenu d'appeler le « virage ambulatoire » consiste à inciter, voire à contraindre, les établissements et leurs services à écourter la durée des séjours hospitaliers et à accroître le volume des soins et des services médicaux dispensés dans d'autres structures. En

³ Pour une revue de littérature sur la façon dont l'hôpital a été traité dans la *RFAS*, voir Schweyer, 2006.

⁴ Les *bed managers* ou « gestionnaires de lits » sont des personnels chargés d'allouer la ressource en lits hospitaliers disponibles en fonction des besoins des patients.

transférant une partie de l'activité hospitalière vers la médecine dite « ambulatoire », qu'elle soit de « ville » ou de « proximité »⁵, les réformes visent à répondre aux impératifs financiers (réduire les coûts) tout en soulignant les avantages d'une meilleure fluidité de la circulation des patients d'un espace professionnel à l'autre (Pierru, 2020, p. 305) et d'une moindre exposition aux risques de maladies nosocomiales. L'article « Le virage ambulatoire de la chirurgie lourde : une mise au travail des patients productrice d'inégalités sociales » de Claire Marchand-Tonel explore les effets de ce transfert d'activité sur les conditions de travail des infirmières, déjà particulièrement pénibles et dégradées (Pollak et Ricroch, 2017). Elle montre que la généralisation de l'ambulatoire génère une mise au travail des patient·e·s qui se traduit pour les infirmières par une augmentation des cadences et un appauvrissement de leurs tâches. Menée dans une clinique privée, son enquête met en évidence les logiques de tri qui conduisent à écarter de la procédure ambulatoire privée les patient·e·s ayant les pathologies les plus complexes ou le soutien social le moins important et à les renvoyer vers l'hôpital public.

Dans un contexte où les inégalités d'accès aux soins se cumulent et où les comorbidités se concentrent dans certaines régions de l'espace social, les réformes visant à contenir les dépenses se mesurent également à l'aune de leurs effets sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour des patient·e·s des classes populaires, vieillissant·e·s ou atteint·e·s d'une maladie chronique et isolé·e·s du fait de leur situation familiale, administrative ou économique instable, l'hospitalisation à domicile apparaît hors d'atteinte. De plus, la liberté d'installation et de prescription des médecins se traduit par d'importantes inégalités territoriales qui peuvent se trouver accentuées par le transfert des soins de l'hôpital vers « la ville » et par un basculement du financement des soins, du régime obligatoire d'assurance maladie vers le régime complémentaire. Les oppositions entre territoires riches et pauvres renvoient ainsi à la distribution inégale des biens et services dans l'espace physique, mais aussi entre des agents « dotés de chances d'appropriation de ces biens et de ces services plus ou moins importantes » (Bourdieu, 2015b, p. 252). Pour des populations résidant dans des territoires sous-dotés en services médico-sociaux censés permettre la continuité des soins après la sortie de l'hôpital, le « virage ambulatoire » comporte alors des risques de refus de soins ou de renoncements aux soins.

Crises

En 2020, l'activation massive sur le territoire national, à deux reprises en quelques mois, du « plan blanc », habituellement associé à des situations d'urgence, invite à reconsidérer ce qui fait crise dans l'évènement (Bensa et Fassin, 2002). Dès l'apparition de l'épidémie de Covid-19, le terme de « crise » s'est imposé dans le débat public pour caractériser la gravité de l'épidémie, faisant le lien avec la « crise des urgences »⁶ et plus généralement avec le mouvement de contestation des personnels hospitaliers contre les réformes managériales et les restrictions de moyens d'une institution gérée à « flux tendu » (Juven *et al.*, 2019, p. 162). La décision du gouvernement de décréter un confinement généralisé sur l'ensemble du territoire au nom de la préservation de l'hôpital a contribué à placer cette institution au centre de la « crise de santé publique ».

Si l'épidémie de Covid-19 peut être analysée comme une crise de santé publique, elle doit aussi être rapprochée des crises qui l'ont précédée dans l'histoire récente, et notamment celle de la canicule de 2003. Dans les deux cas, la surmortalité de personnes âgées est venue

⁵ Sur les transferts de l'activité vers la médecine de ville, voir Hassenteufel *et al.*, 2020.

⁶ Par extension, on peut également penser à la crise de la psychiatrie (Fauquette et Pierru, 2020).

rappeler que les chances de survie des individus peuvent dépendre des équipements de réanimation et des places disponibles dans les services de soins intensifs, sachant que les dotations budgétaires des établissements sont loin d'être équivalentes sur tout le territoire (Peneff, 2016 : 246 ; Mariette et Pitti, 2020).

Les difficultés rencontrées pour faire face à l'épidémie de Covid-19 ont également remis en lumière la faiblesse des dispositifs de régulation imposés aux cliniques privées par comparaison aux missions et aux contraintes toujours plus nombreuses qui pèsent sur l'hôpital public. Appréhender la crise de l'hôpital public dans ses différentes dimensions suppose de le resituer dans l'ensemble du système de soins de façon à comprendre sa détérioration en relation avec l'essor pris par les structures privées. Les privilèges accordés à l'activité libérale et la faible régulation des cliniques ont des effets de plus en plus importants sur le vivier des médecins et des infirmier·ère·s encore disposé·e·s à sacrifier leur niveau de rémunération et leurs conditions de travail à la mission de service public. À cet écart qui se creuse entre deux univers s'ajoute le recours croissant à la sous-traitance, qui brouille les frontières entre les secteurs public et privé. La place de l'activité médicale privée à l'hôpital public s'est d'ailleurs vue renforcée par le Ségur de la santé et la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. L'article « Le virage ambulatoire de la chirurgie lourde : une mise au travail des patients productrice d'inégalités sociales » de Claire Marchand-Tonel précise certaines caractéristiques des patient·e·s qui continuent à fréquenter le service public, par opposition à celles et ceux qui se tournent de plus en plus systématiquement vers le privé (Morel, 2016). Il éclaire aussi les logiques de choix du service public ou du privé, selon les propriétés sociales des usager·ère·s, la gravité des maladies, l'urgence ressentie, les filières de soins entre la « ville » et l'hôpital ou l'offre hospitalière sur le territoire. De tels effets de concurrence induisent des formes de ségrégation qui, à terme, pourraient saper le consentement à contribuer pour un système de santé de moins en moins universel.

Au-delà des discours convenus valorisant le « courage » exceptionnel des soignant·e·s, l'enjeu de ce dossier est d'expliquer ce qui a permis à l'institution hospitalière et à ses personnels de faire face à cette vague épidémique inédite, sans s'effondrer. L'article « Soigner sans compter. Les agents de l'hôpital public face à l'épidémie de Covid-19 » de Maud Gelly et Alexis Spire montre ainsi que les agents de l'hôpital public se sont investis dans leur mission bien au-delà de ce que prévoient les règlements et que leur consentement à ce surcroît de travail est le produit d'une intériorisation de la norme du travail bien fait et de la persistance d'équipes et de collectifs qui permettent à l'institution de continuer à fonctionner. Pour autant, leur enquête montre également que l'épidémie de Covid-19 constitue un moment critique qui renouvelle et exacerbe les oppositions et hiérarchies entre catégories de personnel et entre services. Le point de vue de Marie-Noëlle Gerain-Breuzard apporte un éclairage sur le rôle des directeurs et directrices d'hôpitaux dans la gestion de cette crise : grands ordonnateurs des recettes et des dépenses, ils et elles gèrent l'institution hospitalière, en temps de crise comme en temps ordinaire, à la manière de chefs d'entreprise publique dont le travail est contraint par la recherche permanente de l'équilibre budgétaire et par un ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) de plus en plus resserré⁷.

Résistances et acceptations des personnels hospitaliers

Si tous les soignant·e·s s'accordent sur le constat d'une dégradation des conditions de travail, leurs réactions peuvent considérablement varier selon leur caractéristiques sociales, leur trajectoire, leur socialisation militante, leur service et leur institution d'appartenance (Vincent,

⁷ Adopté chaque année par le Parlement dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS).

2017). Les mobilisations collectives des personnels hospitaliers ont fait l'objet de nombreux travaux (Kergoat *et al.*, 2012) mais les résistances plus discrètes qui se déploient au sein même des espaces de travail de l'hôpital sont beaucoup moins étudiées. Ce dossier se penche sur les configurations improbables qui peuvent émerger au sein d'institutions hospitalières traversées par de multiples contradictions. En analysant l'acculturation des personnels aux rigueurs budgétaires, les articles de Camille Foubert, Julien Aron, Jérémy Geeraert et Caroline Izambert permettent de comprendre pourquoi de nombreux personnels soignants ne formulent pas en termes politiques leur exaspération à l'égard de la dégradation des conditions de travail. Dans sa contribution, Ivan Sainsaulieu ajoute qu'il existe également des freins à l'extension de mobilisations, comme celle survenue aux urgences en 2019, dont la généralisation à l'ensemble de l'hôpital s'est avérée limitée par le poids des hiérarchies entre services et entre professions. Ces dernières années, les résistances aux réformes qui touchent l'hôpital public ne se limitent d'ailleurs plus aux personnels : le point de vue de Michel Antony, développé au nom de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et des maternités de proximité, vient rappeler, carte à l'appui, que le recul des structures publiques de santé suscite des mobilisations. À défaut d'être victorieuses, ces mobilisations montrent que l'hôpital continue à occuper une place centrale dans la société et que son avenir doit faire l'objet d'un débat public auquel les auteurs et autrices de ce dossier espèrent contribuer.

Références bibliographiques

Avril C., Ramos Vacca I. (2020), « Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail », *Travail, genre et sociétés*, n° 43, p. 85-102, [en ligne] www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2020-1-page-85.htm (consulté le 5 octobre 2021).

Belorgey N. (2020), « Trajectoires professionnelles et influence des intermédiaires en milieu hospitalier », *Revue française d'administration publique*, n° 174, p. 405-423, [en ligne] www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-405.htm (consulté le 5 octobre 2021).

Bensa A., Fassin É. (2002), « Les sciences sociales face à l'événement », *Terrain*, 38, p. 5-20, [en ligne] <https://journals.openedition.org/terrain/1888> (consulté le 5 octobre 2021).

Bourdieu P. (2015b [1993]), « Effets de lieu », *La misère du monde*, Paris, Seuil, p. 249-262.

Bourdieu P. (2015b [1993]), « La démission de l'État », *La misère du monde*, Paris, Seuil, p. 337-350.

Fauquette A., Pierru F. (2020), « Politisation, dépolitisation et repolitisation de la crise sans fin de la psychiatrie publique », *Savoir/Agir*, n° 52, p. 11-20, [en ligne] www.cairn.info/revue-savoir-agir-2020-2-page-11.htm (consulté le 5 octobre 2021).

Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.-X. (2020), « Les réformes de l'organisation des soins primaires », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, [en ligne] www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1.htm (consulté le 5 octobre 2021).

Juven P.-A. (2018), « “Des trucs qui rapportent.” Enquête ethnographique autour des processus de capitalisation à l'hôpital public », *Anthropologie & Santé*, 16, [en ligne] <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2860> (consulté le 5 octobre 2021).

Juven P.-A., Pierru F., Vincent F. (2019), *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir.

Kergoat D., Imbert F., Le Doaré H. et al. (1992), *Les infirmières et leur coordination*, Paris, éditions Lamarre.

Mariette A., Pitti L. (2020), « Covid-19 : comment le système de santé accroît les inégalités », *Métropolitiques*, [en ligne] <https://metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-2-2-comment-le-systeme-de-sante-accroit-les.html>.

Morel S. (2016), « La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence », *Agone*, n°58, 2016, p. 73-88 [en ligne] <https://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-73.htm>.

Peneff J. (2005), *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2005.

Pierru F. (2020), « Introduction. L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes », *Revue française d'administration publique*, n° 174, p. 301-315 [en ligne] www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-301.htm (consulté le 5 octobre 2021).

Pollak C., Ricroch L. (2017), « Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions », *Études et Résultats*, DREES, n° 1038,

novembre, [en ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/arrets-maladie-dans-le-secteur-hospitalier-les-conditions-de> (consulté le 5 octobre 2021).

Sainsaulieu I. (2012), « La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? », *Revue française de sociologie*, vol. 53, p. 461-492, [en ligne] www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2012-3-page-461.htm (consulté le 5 octobre 2021).

Schweyer F.-X. (2006), « L'hôpital, une transformation sous contrainte. Hôpital et hospitaliers dans la revue », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 203-223, [en ligne] www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-4-page-203.htm (consulté le 1^{er} octobre 2021).

Vincent F. (2017), « Penser sa santé en travaillant en 12 heures. Les soignants de l'hôpital public entre acceptation et refus », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 19-1, [en ligne] <https://journals.openedition.org/pistes/4945> (consulté le 5 octobre 2021).