

# Le New Public Management est-il bon pour la santé ?

**A l'évidence, les nouveaux modes de gestion ou de management ne semblent guère bons pour la santé, notamment des salariés. Certains sociologues ont même suggéré récemment que si nos sociétés étaient malades, elles étaient avant tout malades de la gestion<sup>1</sup>. En quoi peut-on dire que nos sociétés contemporaines sont malades de la gestion ?**

**Philippe Chaniel,**  
Sociologue,  
Université Paris-Dauphine  
(IRISSO)  
Secrétaire de la Revue  
du MAUSS

<sup>1</sup> De Gaulejac V., *La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Seuil, 2005.

<sup>2</sup> « Les laboratoires de l'antipathie. A propos des suicides à France Télécom », consultable sur le site de La Revue du MAUSS permanente : <http://journal.dumauss.net/spip.php?article.553>.

<sup>3</sup> Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière, in Joann M. & Laugier S., *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, PUF, 2009.

<sup>4</sup> Jean de Kervasdoué est l'un des principaux promoteurs de la gestion hospitalière en France, ardent défenseur du programme de médicalisation des systèmes d'information, rédigeait en quelque sorte le manifeste de cette démarche nouvelle dans son « Que sais-je ? » consacré à l'hôpital.

<sup>5</sup> Et de beaucoup de cadres de la santé qui se voient ainsi placés dans une situation presque schizophrénique.

L'actualité nous en présente des symptômes certes complexes mais inquiétants. Nous pensons tous, je l'imagine, aux suicides de France-Télécom. Il ne s'agit pas ici, ce serait indécent, de faire parler les morts. Néanmoins, comme le montre Gildas Renou dans un article lumineux<sup>2</sup>, il n'est pas absurde de se demander si l'antipathie n'est pas devenue une forme de compétence professionnelle valorisée dans le nouveau management de certaines grandes entreprises. L'antipathie, précise l'auteur, n'est ni la méchanceté, ni l'aversion, mais plutôt une « indifférence délibérée et apprise, une volonté de ne pas partager d'affects avec autrui ». Ainsi peut-elle consister, par exemple, à considérer qu'une violence psychique envers un subordonné qu'elle n'est rien sinon, selon le jargon managérial, « la contrepartie nécessaire d'un objectif opérationnel de réorganisation absolument capital à l'entreprise ».

Quel rapport entre ces laboratoires de l'antipathie, ces formes presque extrêmes de gestion des ressources humaines, et le secteur de la santé, ce monde du soin et de la sollicitude, du face-à-face et du corps-à-corps avec la souffrance, la maladie et la mort ? Dans quelle mesure ce monde serait-il, lui aussi, malade de la gestion ? Quels en sont les éventuels symptômes ?

## Santé, qualité et comptabilité

On ne saurait en effet comprendre ce qui se joue actuellement avec l'actuelle réforme de la santé - HPST, T2A et PMSI, pour reprendre quelques uns de ses divers noms de code - si on ne la remplaçait pas dans le cadre beau-

coup plus général de la réforme de toutes les institutions. De cette fameuse « Révision Générale des Politiques Publiques » (RGPP), de ce passage en « mode LOLF » de l'ensemble des services de l'Etat.

C'est en effet le même type de réforme, inspiré du même esprit du *New Public Management*, qu'on voit à l'œuvre dans toutes les sphères de l'ancien appareil administratif et institutionnel français, qu'il s'agisse de l'Université, de l'Hôpital ou de la Justice. Partout les maîtres mots sont : contractualisation, évaluation permanente des résultats, mise en concurrence des institutions et des personnels qui perdent une partie de leurs garanties statutaires et qui ne doivent plus obéir à l'éthique informelle de leur métier mais à la commande sociale incarnée par un chef institutionnel aux pouvoirs renforcés, directeur d'hôpital ou président d'Université.

Ce néo-management n'est pas une chose neuve dans le champ de la santé, pas davantage que le regard comptable dont il est l'objet. Comme le rappelle Pascale Molinier<sup>3</sup>, c'est en effet depuis au moins une quinzaine d'années, que l'on assiste à une montée parallèle et simultanée des exigences en termes de qualité de soins et des logiques gestionnaires. Et il faut rappeler, avec elle, qu'il n'est en rien illégitime de chercher à bien soigner tout en gérant au mieux l'argent des contribuables et des cotisants. Et cela vaut, à l'évidence, pour tous les services publics.

En 2004, Jean de Kervasdoué<sup>4</sup>, écrivait : « on oppose, à tort, la qualité à toute évaluation quantitative. Certes, tout ne se mesure pas simplement, mais les entreprises du secteur industriel ont mis au point des mesures quantitatives de la satisfaction de leurs clients, des taux de défauts dans la fabrication des composants, des taux d'erreur dans les factures etc. La qualité se mesure aussi. C'est l'« objectif zéro défaut » des cercles de qualité ».

C'est ainsi qu'ont été notamment

définis, à l'hôpital, divers indicateurs de qualité quantifiés - par exemple des taux de chute, d'affections nosocomiales etc. Présentés comme participant avant tout de la mise en œuvre d'une « politique de transparence à l'égard des patients », ceux-ci constituent tout autant des outils de « pilotage » stratégique, de gestion financière et comptable, dans le cadre d'une concurrence ouverte entre les établissements. C'est ainsi que s'imposent, au nom du légitime souci de la qualité des soins, ces « nouvelles gouvernances », calquées sur le management en entreprise, le fameux *benchmarking* et ses savants calculs, notamment d'optimisation du temps du patient et des équipes soignantes.

## Un déni de confiance, un conflit de reconnaissance

Or ce qui est frappant, c'est le fossé entre ces évaluations et pratiques gestionnaires et celles des soignants<sup>5</sup>. Pour beaucoup d'entre eux, les nouvelles formes de gestion hospitalière non seulement ne seraient pas congruentes avec la qualité des soins, mais leur feraient obstacle. Ce que les gestionnaires définissent comme « qualité de soin » ne recouvre guère ce que les soignants, en particulier les infirmières, désignent sous le même terme. Comment alors interpréter ce différend, ce conflit d'évaluation ?

A l'évidence, le sentiment très partagé d'un déni de confiance à l'égard des soignants y joue sa partie. Et il ne peut être que vif dans des professions où l'engagement au travail, et le sens qui lui est donné, reste si fortement ancré dans la notion de vocation. Ce déni de confiance a d'ailleurs toute l'objectivité d'une règle comptable. En effet, que signifie pour le soignant la substitution d'une obligation de résultat à une obligation de moyens ? Alors que la notion de vocation définit une activité qui est en quelque sorte à elle-même sa propre fin et qui suppose à ce titre un pari de confiance quant à la capacité et à la volonté des soignants à

## Le New Public Management est-il bon pour la santé ? (suite)

déployer les moyens adaptés à leur tâche, l'impératif de résultat liquide cette dimension déontologique de l'action. Sous ce regard comptable, ce sont désormais exclusivement les fins – les fins effectivement réalisées, objectivement mesurées – qui (pré)jugent de la qualité des moyens déployés, donc de la qualité même de l'agent<sup>6</sup>.

Ce déni de confiance est donc à ce titre indissociable d'un déni de reconnaissance, et ce conflit d'évaluation, d'un conflit de reconnaissance. Reconnaissance de la qualité des soins prodigués, donc des soignants eux-mêmes ; du « travail bien fait », donc du métier. La notion de différend est peut-être même plus appropriée.

Pour résumer l'hypothèse que je voudrais suggérer, s'il y a quelque sens à risquer le diagnostic d'une éventuelle « déshumanisation de la médecine », des pratiques et des institutions soignantes, n'est-ce pas parce que la propension à tarifier, cette obsession pour la quantification, pour l'évaluation, appuyée sur un regard comptable désormais dominant sur la santé, tend à méconnaître – au double sens du terme ignorer/dénier – et par là à éroder ce que l'on pourrait nommer la « part gratuite » de l'acte de soin.

### **Part gratuite/part marchande : l'exemple de la médecine libérale**

On peut trouver de nombreux indices de cette érosion de la part du gratuit dans l'acte soignant. Je prendrai un premier exemple, non pas celui de l'hôpital, mais de la médecine de ville. Que nous montrent les recherches<sup>7</sup> ? Notamment que la durée de consultation n'a cessé de se réduire. Pour le dire trop simplement, ces dix dernières années, le tarif par minute de consultation a augmenté d'au moins 30%. Ce que ce calcul assez sommaire indique, c'est la croissance de la part marchande sur la part gratuite. On peut citer d'autres exemples de tels transferts, toujours pour la médecine libérale : un recours accru à la médicalisa-

tion (qui a aussi ses coûts) au détriment de la parole ou de l'attention accordée au patient ; la propension à tarifier des actes auparavant gratuits (renouvellement des ordonnances – contraception –, bref avis sur des résultats d'examen, prescription d'un vaccin etc., paiement que l'on justifiera par un acte visible, comme la prise de tension par exemple).

De façon plus générale, le transfert vers le système sanitaire des souffrances individuelles, familiales et sociales accroît très fortement cette part marchande au détriment de la part gratuite.

### **Le regard comptable et la vocation de soignant**

Il ne s'agit pas donc pas d'accuser les médecins de tarifier ou les institutions de soins de vouloir faire des économies. Ni même d'ailleurs de stigmatiser un discours public et des politiques obsédés par la dérive des dépenses, l'accent mis sur les gaspillages, l'inflation des coûts etc. Comme le montrent Batifoulier et Ventelou, c'est ce changement de regard qui doit être interrogé, car il est auto-réalisateur. Ainsi, montrent-ils, la propension à tarifier résulte moins des calculs intéressés et opportunistes des médecins, *homo oeconomicus* en puissance mais longtemps contrariés, que de l'hégémonie, nouvelle, de l'évaluation marchande et comptable, de l'effort de santé tel qu'il est désormais promu par les autorités de tutelle. Et cette hégémonie vient en quelque sorte naturaliser, légitimer, dans les pratiques elles-mêmes, cette appréhension désormais principalement marchande de la relation médicale et soignante<sup>8</sup>.

Or cette nouvelle hégémonie a non seulement des incidences proprement économiques, mais plus encore des incidences proprement sociologiques. Elles touchent au cœur du métier de soignant, à ce que j'ai nommé, quitte à paraître vieux jeu, la vocation de soignant. Dans les années 50, un grand sociologue

américain, Talcott Parsons, montrait comment la figure du médecin moderne combinait deux représentations : d'une part l'image du savant, celui qui maîtrise une compétence proprement technique, dûment sanctionné et évalué par des diplômés ; d'autre part, l'image de l'humaniste, capable de faire don de son temps, de sa parole, de sa personne à ses patients. C'était cette combinaison d'expertise scientifique et de don de soi qui justifiait à la fois son prestige social et ses émoluments. Or, n'est-ce pas cet alliage qui menace de rompre ? C'est bien ce que suggère Alain Caillé : « Avec la libéralisation croissante de la médecine et la multiplication des médecins qui placent la perspective de leurs gains financiers avant le sens de ce qu'il doivent à leurs patients, et qui ne justifient plus leurs gains par le don qu'il leur font mais uniquement par leur compétence scientifique et technique, avec la décomposition croissante d'un système de santé publique qui ne suffit plus aux assurés le droit pourtant imprescriptible à la santé, c'est toute la composante humaniste de la médecine moderne qui se délite ».

De façon peut-être moins dramatisée, on pourrait suggérer que cette érosion de la part de gratuité, bref d'humanité, traduit une érosion de la part de désintéressement qui est pourtant consubstantielle à la logique, éthique et déontologique, des professions de soignants. Bref, dans le « pacte de soin » (Ricoeur), le prix n'est pas un élément constitutif ou du moins essentiel de l'échange médical. Cet échange n'est même pas un contrat, du moins ne peut-il se réduire au consentement, plus ou moins éclairé, qui le fonde. Il devrait plutôt être décrit comme l'échange d'une confiance, celle du patient, et d'une conscience, celle du soignant.

Voilà qui complique bigrement les choses d'un point de vue comptable. ■

<sup>6</sup> Ce modèle d'action, qui n'est autre que celui, téléologique et optimisateur, de la rationalité économique, n'est évidemment pas en soi illégitime. Il le devient lorsqu'il prétend épuiser toute la complexité des pratiques soignantes.

<sup>7</sup> Batifoulier P., Ventelou B., L'érosion de la « part gratuite » en médecine libérale, in Chaniel Ph. (sous la direction de), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La découverte/Mauss, 2008.

<sup>8</sup> L'actualité toute récente vient nous rappeler que cela vaut également pour la relation pédagogique, comme s'il n'existait d'autres moyens d'assurer l'assiduité des élèves que de les « intéresser » à l'école par diverses incitations sélectives jusqu'au butin final (permis de conduire, voyage culturel etc.).

<sup>9</sup> Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine, in Chaniel Ph. (sous la direction de), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La découverte/Mauss, 2008, p.442.