



**HAL**  
open science

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

Sylvie Morel

► **To cite this version:**

Sylvie Morel. Juven P-A., Pierru F., Vincent F., La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public, Raisons d'Agir, 2019.. Sciences Sociales et Santé, 2019. halshs-02340064

**HAL Id: halshs-02340064**

**<https://shs.hal.science/halshs-02340064>**

Submitted on 30 Oct 2019

**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.

## Note de lecture

Morel Sylvie, docteure en sociologie, CENS (UMR 6025), Université de Nantes.  
[sylvie.morel@univ-nantes.fr](mailto:sylvie.morel@univ-nantes.fr)

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

« La casse du siècle » est un ouvrage engagé comme l'annonce son titre accrocheur qui ne manque pas de rappeler le documentaire consacré à l'élection d'Emmanuel Macron à la présidence de la République : « Macron à l'Élysée. Le casse du siècle ». Le vol serait ici celui de l'hôpital public « cassé » par de multiples réformes conduites au nom d'un impératif politique néolibéral récemment analysé par la philosophe Barbara Stiegler (2019) : « Il faut s'adapter », « se réformer » soi-même.

Depuis plus de trente ans, la « crise hospitalière » est définie par les gouvernements successifs comme un problème d'organisation et d'efficacité. Cette grille de lecture que les trois auteurs sociologues nomment *organisationnelle-gestionnaire* « renvoie les professionnels hospitaliers au (vieux) monde des *illusions* et des « facilités » du « toujours plus » (p. 8). En contrepoint, une seconde grille de lecture appelée *budgétaire* est celle de nombreux professionnels de santé qui appréhendent le problème en termes de manque de moyens financiers, humains et matériels. Ils dénoncent la « politique des caisses vides » infligée à l'hôpital public et ses conséquences néfastes tant en termes de dégradation des conditions de travail que de qualité des soins. Au-delà de cette opposition, l'analyse sociologique et historique conduit selon les auteurs à plaider simultanément pour une augmentation des moyens à accorder à l'hôpital et pour la nécessité de repenser l'organisation des soins entre la ville et l'hôpital. Mais ils rappellent d'emblée qu'à rebours de la *doxa* néomanagériale pointant une organisation obsolète et budgétivore, le coût de l'hôpital public français est de 0,5 point de PIB inférieur à la moyenne des pays européens. Prenant appui sur des enquêtes empiriques au long cours menées par eux-mêmes ou par d'autres, ils offrent à travers cet ouvrage composé de cinq chapitres leur lecture historique et sociologique de la « crise hospitalière ».

Dans le premier chapitre, un rapide détour par l'histoire permet de rappeler comment l'hôpital avec le soutien de « l'État hospitalier » est progressivement devenu « le centre de gravité de la production des connaissances nouvelles comme de la reproduction du corps médical » (p. 23). Cet hospitalo-centrisme symbolisé, entre autres, par la création des Centres Hospitaliers Universitaires en 1958, a conduit au déclin de la médecine générale au profit de l'hyperspécialisation, ainsi qu'au cloisonnement de l'hôpital et de la médecine de ville. Il est selon les auteurs à la source d'une partie des problèmes actuels. À partir des années 1970, la nécessité de maîtriser les coûts conduit en effet l'État à mettre en œuvre une politique gestionnaire et *in fine* à fabriquer des « pieds d'argile » à ce « colosse ». Puis, reprenant ce référentiel d'action publique, les gouvernements successifs vont multiplier les réformes de l'hôpital jusqu'à appeler, dans les années 2000, à en finir avec l'hospitalo-centrisme français dans un contexte où pourtant l'offre de soins en amont et en aval de l'hôpital restait insuffisante et inaccessible pour certaines parties de la population. Or, ce slogan néolibéral du virage ambulatoire « masque – ou nie – une dynamique contraire : celle d'un virage hospitalier, dont l'engorgement des urgences est l'un des principaux symptômes » (p. 45).

Premier poste de dépense, les soignants sont les premiers à subir les effets du processus de rationalisation du travail et d'industrialisation des soins. Dans le second chapitre, l'analyse montre que le traitement des temps de pause est symptomatique de cette logique gestionnaire qui, au nom de la qualité des soins, les considère non seulement comme improductifs mais aussi et surtout, comme le signe d'une forme de désinvestissement ou d'indifférence des soignants vis-à-vis des patients. Suivant ce raisonnement gestionnaire, « les mécontentements des usagers trouveraient leur origine dans la mauvaise organisation des professionnels ou leur manque d'intérêt pour le sort des patients, et non dans un problème de moyens matériels et humains » (p 57). De même, les professionnels hospitaliers - rebaptisés « ressources » - deviennent polyvalents, interchangeable et mobiles. Cette réorganisation permanente de leur travail engendre *in fine* une « précarisation subjective » (p. 63) des soignants qui, paradoxalement, pour se prémunir des erreurs, en viennent à se rattacher aux protocoles et autres procédures de rationalisation des soins. C'est dans ce cadre d'ailleurs que la journée de travail en 12 heures, dispositif de gestion étudié par Fanny Vincent, se trouve être plébiscité par les soignants. Cet exemple est, selon l'auteure, « caractéristique de la manière dont la logique gestionnaire se nourrit des dysfonctionnements qu'elle engendre et parvient, du fait de la précarisation des soignants, à les faire adhérer à des dispositifs qui tirent profit de leur travail » (p. 75).

La « tarification à l'activité » ou T2A mise en œuvre à partir de 2004 est rapidement devenue l'emblème de cette transformation de l'hôpital en entreprise car pour la première fois, une distinction est faite entre les activités rentables et non rentables, et donc entre malades rentables et non rentables. Dans le chapitre 3, les auteurs montrent que chaque service et établissement devient alors autonome dans sa gestion ce qui reporte la responsabilité du déficit « directement sur le personnel de santé et des hôpitaux » (p. 89). Dans un contexte de restriction budgétaire, cette autonomie administrative et financière a en outre conduit les directeurs d'établissements à réaliser des emprunts qui se sont révélés « toxiques ». C'est ainsi que « les effets conjoints de la financiarisation de l'endettement et du système de tarification ont placé de nombreux établissements en situation de déficit chronique, voire au bord du gouffre » (p. 95).

Pour résoudre cette crise, les gouvernements promeuvent avec force et sur le ton de l'évidence, l'innovation technique, robotique, numérique, médicamenteuse. Ce « régime technophile » ou « techno-optimiste » (p. 106) est au cœur de l'analyse menée dans le 4<sup>ème</sup> chapitre. Après avoir rappelé que l'innovation diagnostique et thérapeutique est consubstantielle du développement de l'hôpital depuis la fin des années 1950, les auteurs soulignent qu'à partir des années 2010, la définition de l'innovation change : « Auparavant surtout médicale, et coûteuse, la voici rentable, qu'elle soit technologique, numérique ou comportementale » (p. 109). Il est alors demandé à l'hôpital de « libérer l'innovation » en recourant à des start-ups et des industriels spécialisés dans la conception d'innovations de pointe. Là encore, à l'instar des emprunts, la contractualisation des hôpitaux avec certains industriels s'est avérée toxique. Bien plus, loin de questionner le manque de moyens en personnel médical notamment, les applications visant par exemple à reporter sur le patient et/ou des *aidants* une partie de la charge de travail médical au nom de l'*empowerment*, montrent qu'aucun recrutement n'est nécessaire et justifient en retour les réformes budgétaires.

Face à cette politique, le soulèvement serait-il impossible ? C'est la question posée dans le dernier chapitre. Les raisons de la colère des soignants sont multiples et même si l'actualité montre que les mobilisations s'intensifient, elles restent sporadiques et fragmentées. Simultanément, les défections se multiplient à l'hôpital sous la forme de retraites anticipées, de fuites vers le privé ou encore, d'un absentéisme qui apparaît comme « une stratégie à

cheval entre la défection et la protestation » (p. 149). Mais pour les pouvoirs publics, ce phénomène constitue une déviance individuelle qu'il convient de combattre en recourant à des procédés accusateurs et culpabilisants. Une telle « gestion » de la crise hospitalière n'est pas sans rappeler selon les auteurs, celle de ladite « crise » des gilets jaunes.

Pour conclure, ils rappellent un fait incontestable mais peu énoncé dans le débat public à savoir qu'une crise permanente n'est plus une crise. S'agissant de l'hôpital, elle doit être analysée comme « un révélateur, au sens photographique du terme, des tensions et des contradictions sociales » (p. 157). Ce travail d'explicitation qu'ils offrent dans un ouvrage synthétique, didactique et accessible à un large public, constitue pour les trois sociologues une étape préalable à un renforcement de la critique qui doit elle-même soutenir et appuyer les mobilisations actuelles. Car même si le diagnostic peut paraître sombre, cette analyse fine et nuancée de la « casse du siècle » – les auteurs ne tombant jamais dans l'écueil des oppositions binaires qui voilent la complexité des problèmes – fournit en conclusion des pistes de réflexion et des outils pour penser voir panser l'action collective.