

Reportage

Opération rentabilité

Déambulations d'un consultant à l'hôpital

TEXTE : **Mathieu Rivat**, DESSINS : **Anne Loeve**

DANS **Z : REVUE ITINÉRANTE D'ENQUÊTE ET DE CRITIQUE SOCIALE 2017/1 N° 11**, PAGES 98 À 104
ÉDITIONS **ÉDITIONS DE LA DERNIÈRE LETTRE**

ISSN 2101-4787

ISBN 9782748903515

DOI 10.3917/rz.011.0098

Date de mise en ligne : 03/03/2021

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-z-2017-1-page-98?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Éditions de la dernière lettre.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



OPÉRATION RENTABILITÉ

Déambulations
d'un consultant à l'hôpital



Tarification à l'activité, chirurgie ambulatoire, taux de rotation, autant de nouveaux mots clés de l'hôpital, laboratoire où s'élabore des méthodes amenées à s'étendre jusqu'au travail social. Chargé d'introduire ces réformes, un consultant démissionnaire revient ici sur cinq années d'expérience au sein d'un grand cabinet de conseil parisien. Immersion dans le nouvel esprit du management public.

Texte : Mathieu Rivat
Dessins : Anne Loeve

Ilest 9h 30, c'est un lundi matin glacial. J'attends mon collègue à l'entrée du centre hospitalier universitaire (CHU). L'hôpital jouxte le périphérique nord de Paris. Le bâtiment est immense et laid : gris, fonctionnel et uniforme, une usine ; rien à voir avec le récent hôpital Pompidou dans le 15^e arrondissement de Paris dont l'architecture de verre et de métal évoque plutôt l'hôpital-entreprise de demain. Deux époques et deux conceptions architecturales qui en disent long sur le *Zeitgeist*¹ d'aujourd'hui.

Pendant cinq ans, j'ai travaillé comme consultant dans un grand cabinet de conseil, sur des problématiques liées à l'organisation, au management et à la « conduite du changement »². J'ai rarement su expliquer clairement en quoi consistait mon travail. Certains restaient perplexes devant ma présentation confuse et peu convaincante, tandis que d'autres mimaient avec leurs doigts un joueur de flûte. Très brièvement, je pourrais dire aujourd'hui qu'il s'agissait d'« accompagner » (terme galvaudé, si joliment doux et inoffensif, pour dire « mettre en place » ou « imposer ») les structures publiques et privées en vue d'une amélioration de leurs performances. En gros : comment faire plus avec moins ou, au mieux, faire plus à moyens constants. Le tout enrobé d'humanisme, de techniques participatives et d'écoute du terrain.

Les deux premières années, j'ai ainsi accompagné les hôpitaux dans la mise en place des réformes

de la « nouvelle gouvernance » et de la tarification à l'activité (T2A)³. Sortant d'une grande école de commerce et d'un master de recherche en sociologie des organisations à Sciences Po, je ne connaissais rien à l'hôpital et plus globalement au secteur de la santé. Mon apprentissage s'est fait sur le terrain, dans les secteurs de la banque et de l'assurance : un esprit neuf et vierge, au contact de consultants seniors aguerris.

Ce lundi de l'année 2010, je me trouve donc à l'entrée d'un CHU pour développer et mettre en place un dispositif de chirurgie ambulatoire. Le cabinet a été missionné par l'Anap (Agence nationale d'appui à la performance), l'agence d'État chargée de la modernisation des hôpitaux [voir p. 105].

FAUT-IL TIRER SUR L'AMBULATOIRE ?

La chirurgie ambulatoire consiste, pour des pathologies nécessitant des actes chirurgicaux simples et rapides, à prendre en charge des patients dans la journée : ils arrivent le matin, sont opérés et repartent le soir, ce qui coûte beaucoup moins cher. Par ailleurs, les actes enregistrés dans le système comptable en « chirurgie ambulatoire » sont plus valorisés (système d'incitation financière) que s'ils relèvent de la chirurgie traditionnelle. Développer ce nouveau fonctionnement relève donc d'un choix économique et politique (maîtrise des dépenses de santé), même si les rapports officiels préfèrent

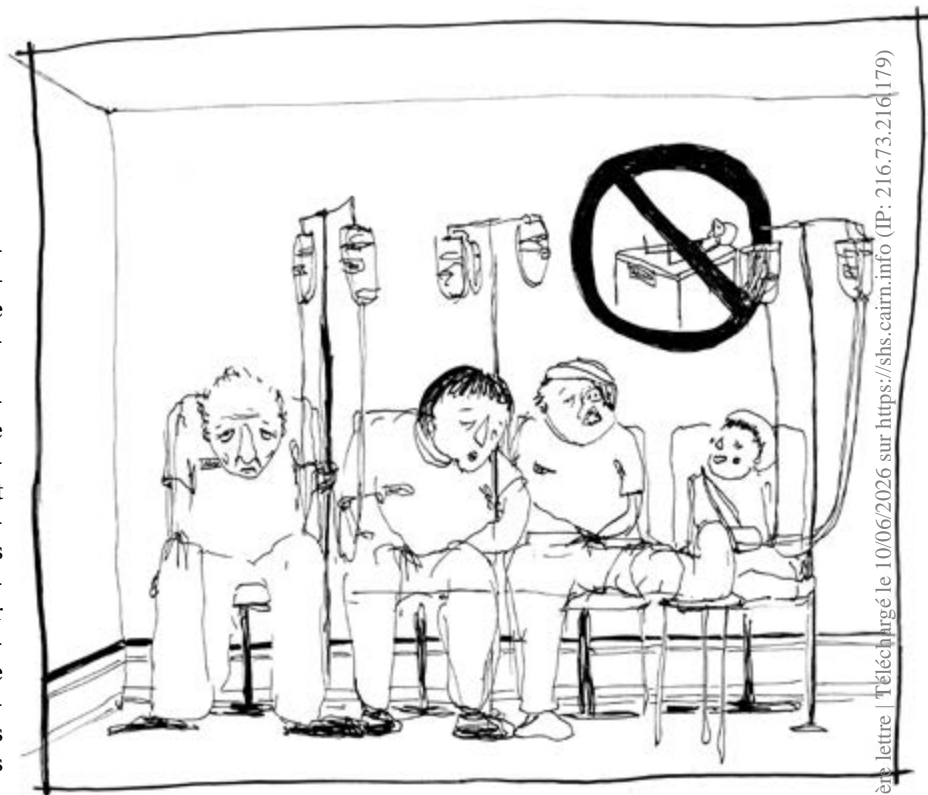
1. Le *Zeitgeist* est un terme allemand signifiant « l'esprit du temps ». Il a été théorisé par Hegel puis par Heidegger. Il dénote le climat intellectuel ou culturel d'une époque.
2. Théories et méthodes visant à faciliter l'acceptation des projets et des changements qui en découlent.
3. Nouvelle gouvernance : réforme organisationnelle du plan « Hôpital 2007 » accompagnant l'introduction de la T2A et visant à regrouper les services hospitaliers en pôles financièrement responsables dirigés par un triumvirat rassemblant un médecin, un administratif et un paramédical.

mettre en avant « l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients » – tout en admettant par ailleurs que le temps de prise en charge peut servir d'indicateur de la qualité des soins.

La promotion de la chirurgie ambulatoire, largement encouragée par le ministère de la Santé, n'est pas étrangère à « l'esprit » des réformes touchant le système hospitalier, et même le service public dans son ensemble depuis une dizaine d'années. Mise en place progressivement dans les hôpitaux à partir de 2005, la T2A s'inscrit dans le prolongement de la Lolf (Loi organique relative aux lois de finance) qui vise à transformer en profondeur les administrations en les faisant passer d'une « culture des moyens » à une « culture du résultat ». Alors qu'auparavant les hôpitaux recevaient une dotation globale calquée sur celle de l'année précédente, les recettes d'un hôpital sont désormais liées au nombre d'actes et de consultations enregistrés par l'établissement, donc à son volume d'activité. Plus d'activité dans les services signifierait donc plus de moyens pour ces mêmes services et donc pour l'hôpital. Pourquoi pas ? En réalité, le Parlement vote chaque année une enveloppe globale, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), qui contient les crédits alloués à la santé, secteurs public et privé confondus. Cette enveloppe n'est pas extensible. Le maître mot à l'hôpital est désormais la Ren-ta-bi-li-té ; la chirurgie ambulatoire y souscrit pleinement.

En soi porteuse d'une logique de rationalisation, elle oblige à travailler vite pour que les patients puissent sortir à temps le soir. Pour l'Anap, le modèle d'une unité de chirurgie ambulatoire est l'organisation industrielle⁴. Comme une ligne de production dans une usine, on souhaite créer un circuit spécifique de prise en charge distinct des parcours classiques de chirurgie. Depuis la prise de rendez-vous avec le chirurgien plusieurs semaines avant l'intervention jusqu'à la sortie, un processus différent est mis en place. La production de soins et les gestes sont soumis à un minutage invisible, mais pourtant bien réel. La fluidité dans le déroulement des opérations est une obsession ; un grain de sable dans la chaîne et tout s'arrête. Les retards accumulés peuvent coûter cher : un patient pris en charge trop tard ne pourra pas sortir à temps le soir et mobilisera un lit pour la nuit, soit un coût supplémentaire pour l'hôpital.

La logique de rationalisation pousse même l'Anap à imaginer un retour du patient non plus dans une chambre avec un lit, mais dans une salle avec des fauteuils confortables en skaï, dans lesquels les patients, encore groggy et en tenue légère, pourront attendre ensemble le passage de l'anesthésiste et du chirurgien. Un bouquet de fleurs sur une table et, aux murs, quelques jolies reproductions de Van



Éditions de la dernière lettre | Téléchargé le 10/06/2026 sur <https://shs.cairn.info> (IP: 216.73.216.179)

Gogh ou de Cézanne suffiront à créer une atmosphère propice à un bon rétablissement. Pendant ce temps, les lits de l'UCA (unité de chirurgie ambulatoire) accueilleront d'autres patients pour optimiser le taux de rotation. Objectif : rentabiliser les moyens de production en augmentant la cadence.

QUAND LES MÉDECINS AVALENT LA PILULE

La chirurgie ambulatoire change les habitudes de fonctionnement des chirurgiens, mais implique aussi une rationalisation et une course aux chiffres qui peut engendrer des résistances chez « certaines personnes attachées à la notion de qualité et de service public » ; c'est ainsi que le jargon des consultants nomme les réfractaires. Les cliniques privées qui pratiquent depuis des années déjà la chirurgie ambulatoire sont un contre-exemple qui revient souvent dans le propos de ces trublions. Faire entrer cette dernière dans l'hôpital public contribue selon eux à introduire les normes de rentabilité, d'efficacité et de performance souvent incompatibles avec la mission de service public.

Mais, diraient les consultants et l'Anap, c'est en restant sur des positions idéologiques comme celles-ci que l'hôpital public court à sa perte. Si ce dernier ne s'adapte pas au plus vite, il va dépérir et se faire « bouffer » par le privé. Pas d'autres solutions, donc, que de se mobiliser. Mettre en place la chirurgie ambulatoire comme l'a fait le privé, c'est être plus rentable et plus efficace, et donc sauver le service public. CQFD. Rhétorique classique et perverse du discours de modernisation présentant les choix politiques comme émanant directement d'évolutions inéluctables. Aucune autre option n'est envisageable : celle de la chirurgie ambulatoire reflète

Rhétorique classique et perverse du discours de modernisation.

⁴. Sur l'extension des logiques de travail à la chaîne dans toujours plus d'univers de travail, tire l'entretien avec le sociologue du travail David Gaborieau dans la revue Z n° 9-Toulouse.

Les indicateurs et les ratios agissent sur les interlocuteurs comme des hypnotiseurs.

une nécessité inscrite dans le « réel » qu'il serait hors de propos de réfuter. Dans ce cadre, toute opposition ou questionnement critique n'est qu'idéologie.

L'Anap sait – et le martèle, tel un organisme de propagande aguerri – qu'il faut « *travailler avec les chirurgiens sur leurs convictions (...). Il est plus facile de maîtriser le processus de prise en charge que de convaincre les opérateurs.* »⁵ L'enjeu majeur de ces « chantiers » réside donc dans la « *conduite du changement* », raison pour laquelle l'Anap recrute des cabinets de conseil – lesquels sont habituellement sollicités par le secteur privé pour dynamiser leurs équipes.

Ces enjeux, et les réactions des individus, sont les mêmes dans toutes les institutions publiques soumises à la loi de modernisation. Sans exagérer la résistance – certains étant à l'inverse promoteurs de ces réformes –, les changements de culture et de valeurs engendrent souvent, au minimum, de la perplexité. Dans ce cas, par quels mécanismes les concepts et outils de management parviennent-ils à s'introduire dans des espaces a priori peu à même d'y souscrire ? L'action conjointe de l'Anap et des cabinets de conseil dans les hôpitaux en fournit un exemple intéressant.

Une mission de conseil débute par un diagnostic au cours duquel on recueille des données quantitatives issues des systèmes d'information : on s'attache par exemple à l'analyse des taux d'occupation des lits à l'UCA, à leur taux de rotation, aux « gisements » d'actes chirurgicaux pouvant être requalifiés en chirurgie ambulatoire, etc.

Lors du cadrage avec le comité de pilotage, on identifie un échantillon d'acteurs représentatifs à interroger (une quinzaine environ) : chirurgiens, administratifs, paramédicaux, responsables de pôles, etc. On demande aux acteurs de décrire précisément et concrètement leur activité quotidienne en explicitant les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Se dessine ainsi progressivement le système de production des soins, avec tous ses problèmes classiques d'organisation, de coordination et de communication. L'approche correspondant à cette étape reste autant que possible collée au réel.

Le consultant se concentre néanmoins sur la recherche de productivité et d'efficacité, si bien qu'il aura tendance à sélectionner et à creuser davantage les faits susceptibles de nourrir son analyse. La neutralité et l'extériorité de son regard sont de toute façon des illusions. Un cabinet de conseil n'étant pas un organisme de bienfaisance, il a intérêt à aller dans le sens de l'Anap – son client – pour espérer une future revente. En l'occurrence, une partie de son travail lui est simplifiée puisque, lors des réunions de présentation du chantier, c'est-à-dire avant même qu'il ait commencé à travailler avec l'établissement, l'Anap suggère des pistes d'action. Autant dire que la conclusion est déjà inscrite dans le diagnostic.

L'HÔPITAL BLOUSÉ

La partie la plus complexe de la mission consiste à faire adhérer les salariés. S'ils sont réfractaires, rien ne se fera, et la mission sera un échec. Au cours de son diagnostic, le consultant va donc s'attacher à évaluer le degré de ce qu'il appelle la « *résistance au changement* » des personnes interrogées. Pour cela, il sortira de sa boîte à outils remplie de beaux PowerPoint la « *carte des alliés* », outil phare de la sociodynamique⁶. C'est la grille avec laquelle les consultants lisent les comportements des salariés. Un des messages clés de la méthode : il est inutile, voire contre-productif, pour l'avancée du projet de chercher à convaincre les « *opposants* », les « *révoltés* » ou encore les « *déchirés* ». Il faut au contraire « *investir* » dans les alliés pour faire basculer la population des « *hésitants* » et des « *passifs* » dans l'adhésion au projet.

Il ne s'agit pas seulement de décrire une population dans sa relation au projet, mais aussi d'identifier les « *leviers* » permettant de les mobiliser et de les impliquer. En inscrivant certaines actions légèrement décalées par rapport au but de la mission, mais qui répondent directement aux demandes de certains acteurs clés, le consultant et l'institution cherchent à faire émerger une attitude volontariste chez les professionnels. C'est ce qu'on appelle la « *stratégie du projet latéral* » : faire accepter aux hospitaliers un certain projet, défini essentiellement par d'autres, mais reformulé et traduit en actions dans des termes qui, précisément, le rendent apparemment acceptable. Quand elle présente le chantier aux consultants, l'Anap donne quelques arguments qu'ils pourront avancer pour « *emporter la conviction* » des chirurgiens et des anesthésistes, « *les premiers clients de l'unité de chirurgie ambulatoire* »⁷.

Le diagnostic n'est donc pas neutre et objectif. Tout n'y est pas faux, mais tout n'y est pas vrai non plus. En s'inscrivant dans la « *stratégie de changement* », en servant d'outil d'acceptabilité pour un objectif prédéterminé, le diagnostic s'apparente à une déformation stratégique de la réalité. Les chiffres, les indicateurs de performance et les ratios procurent à l'étude sa légitimité scientifique. Ils agissent sur les interlocuteurs comme des hypnotiseurs, faisant oublier les hypothèses et les logiques qui ont participé à leur construction. L'apparente robustesse des données quantitatives illustre et légitime la partie qualitative du diagnostic. Il est rare que les propos des interviewés, souvent de l'ordre du ressenti ou de la représentation, soient recoupés avec une observation sérieuse ancrée dans les gestes et les actions. Les cabinets prévoient toujours un temps d'« *observation participante* » dans leur réponse à un appel d'offres, mais la mettent rarement en pratique de manière sérieuse. Les paroles des interviewés, choisies avec soin, sont habilement mêlées à celles des consultants, au point qu'il devient difficile de distinguer les deux. Il s'agit de donner une représentation positiviste de

5. Document de présentation du chantier de Chirurgie ambulatoire produit par l'Anap.

6. La sociodynamique consiste, entre autres fort nombreuses choses, à répertorier, dans la perspective de mieux les différencier pour les adapter aux personnes et aux circonstances, les styles d'interaction entre deux partenaires. Dans la littérature officielle, nécessairement simplificatrice puisque destinée à des cadres dirigeants souvent pressés, ces styles sont au nombre de trois : imposer, transiger, animer.

7. Document de présentation du chantier de Chirurgie ambulatoire produit par l'Anap.

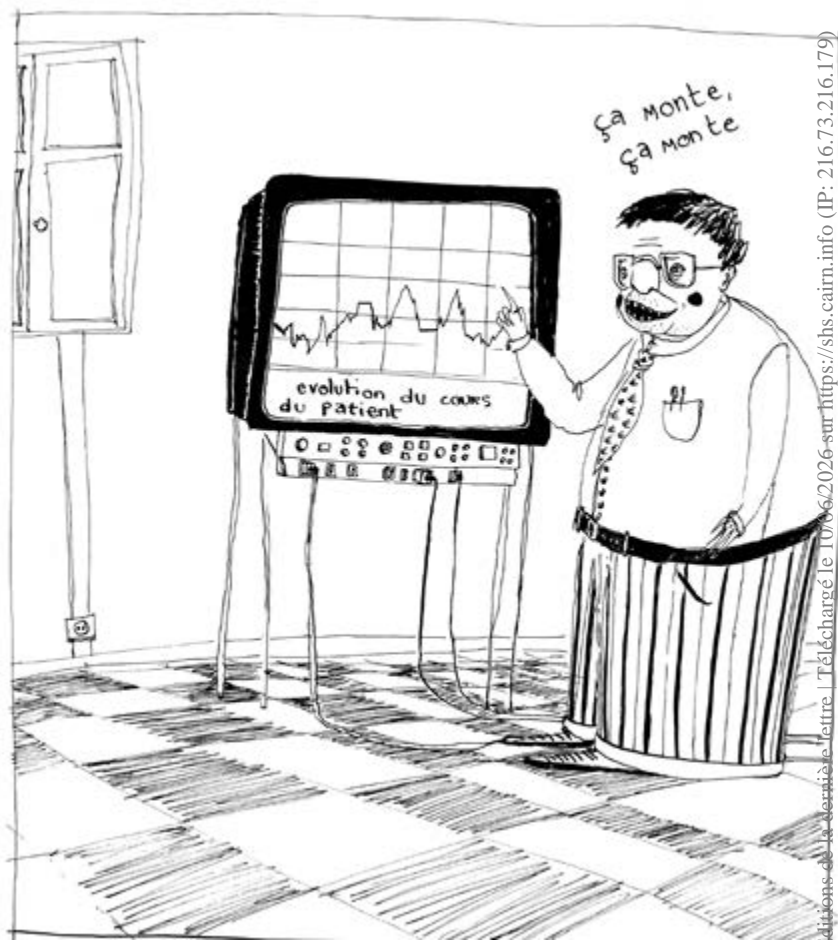
l'organisation qui érode les contradictions, les conflits et la complexité. Le jeu est truqué: « *Les limites du débat sont déterminées hors de son champ visible, la neutralité du meneur de jeu [en l'occurrence le consultant] dissimule le principe de son ordonnance et enfin les détenteurs du pouvoir sont présentés sur le même plan que ceux dont ils décident du sort en coulisse* »⁸.

L'élaboration du diagnostic s'apparente ainsi à la construction d'une fiction cohérente: on choisit les éléments qui vont servir notre propos, on met en scène la parole du terrain avec des verbatims, on sort des chiffres, on mélange différents niveaux de discours et l'on arrive, avec une fluidité qui a toute l'apparence d'une vérité scientifique, jusqu'au dénouement final, le clou du spectacle: les pistes d'action (celles-là mêmes que l'on avait en tête avant de commencer).

Celles-ci sont formalisées dans un plan d'action visant « à mettre sous tension » (terminologie utilisée dans le milieu des consultants en conduite de changement) les salariés, c'est-à-dire à les mobiliser. La mécanique est simple: à chaque action correspond un objectif dont le degré de satisfaction est mesuré par un indicateur de performance. On s'accorde sur une échéance et sur des porteurs d'action, autrement dit les personnes responsables de la réalisation des objectifs. Tout ceci est présenté, discuté puis validé en comité de pilotage, avant une restitution aux équipes. On est là encore dans un simulacre de démocratie directe où la notion de « participation » sert de poudre magique pour laisser croire aux personnes concernées qu'elles ont pris des décisions, alors qu'elles sont déjà sur les rails depuis longtemps. Il s'agira éventuellement de faire quelques modifications à la marge pour montrer notre capacité d'écoute et de travail collectif. Le diagnostic vise donc au final à sélectionner des objectifs de performances, mesurables par des indicateurs de résultats et mis en œuvre par les salariés. À échéance régulière, le consultant établit un état d'avancement des actions auprès des personnels hospitaliers en mesurant les écarts entre réalisations et prévisions, toute difficulté étant transmise à la direction pour arbitrage.

LA MACHINE DISCURSIVE DU MANAGEMENT

Si, avec ces méthodes, les cabinets de conseil, et indirectement l'Anap, réussissent à manœuvrer pour faire entrer les logiques et les instruments de gestion du « nouveau management public » (NMP)⁹ dans les hôpitaux, les mots utilisés ont aussi leur importance. Loin d'être anodins, comme certains consultants voudraient parfois le faire croire à leur auditoire, le vocabulaire et les expressions véhiculent une représentation du monde et témoignent d'une intention clairement politique et normative.



Éditions du Centre de la lettre | Téléchargé le 10/06/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 216.73.216.179)

Dans les administrations publiques s'ouvrant à la concurrence, l'une des premières batailles du consultant se fait précisément sur les termes: il parlera de « clients » et non plus de « bénéficiaires », introduira progressivement dans son discours les notions de résultats, de performance, d'efficacité. Au début de la mission, il se montrera respectueux et s'excusera presque d'utiliser la notion de client, invoquant l'habitude de ses interventions dans le secteur privé, comme si sa langue avait fourché. Puis, après quelques jours d'intervention, une fois les personnes habituées à sa présence et à ce qu'elle véhicule implicitement, il utilisera indifféremment, mais toujours avec parcimonie, les deux termes « clients »/« bénéficiaires ». Le glissement se produit en douceur. La conviction que les termes n'ont pas grande importance, que seule l'action pragmatique et concrète a de la valeur, fait son chemin dans les esprits. Puis, en fin de mission, quand les acteurs auront dû travailler sur la mise en place des instruments et des dispositifs de gestion, il utilisera le terme de « client » sans que plus personne n'en soit vraiment choqué. Ce glissement sémantique si souvent observé est produit par des consultants qui ne se rendent même plus compte de ce qu'ils font vraiment: l'habitude, leur culture et leur conformisme leur ont ôté toute capacité de prise de recul. Ils en oublient, via ces outils soi-disant neutres et pragmatiques, qu'ils colportent aussi une idéologie. Le changement passe d'abord par les mots avant de s'incarner dans les gestes et les comportements.

En fin de mission, il utilisera le terme de « client » sans que plus personne n'en soit vraiment choqué.

⁸. Jean-Pierre Le Goff, *La Démocratie post-totalitaire*, La Découverte, 2002.

⁹. Le « nouveau management public » est la déclinaison « services publics » de l'offensive théorique néolibérale menée depuis les années 1970 et 1980. Elle consiste à traduire les pratiques de gestion du secteur privé pour les appliquer dans le public.



10. Anne Pezet, Éric Pezet, *La Société managériale. Essai sur les nanotechnologies de l'économie et du social*, La Ville brûlée, 2010.
 11. Anne Pezet, Éric Pezet, *op. cit.*
 12. François Roustang, *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, éd. de Minuit, 2003.

Dans les hôpitaux, on continue à parler de patients même si un néologisme fait son apparition, mélangeant les termes de « clientèle » et de « patients » pour former ce joli mot de « *patientèle* ».

En matière d'inventions cyniques, l'Anap se montre elle aussi une élève zélée. Tout chantier qu'elle conduit débute par une présentation aux consultants et aux établissements des outils, des concepts et des objectifs de la mission. Avec mes collègues consultants et nos clients respectifs, nous assistons à la présentation du chantier de Chirurgie ambulatoire. Les *slides* (pages PowerPoint) défilent et montrent clairement le futur désiré : faire de l'hôpital une entreprise, ce qu'un consultant aurait plutôt eu tendance à camoufler... En milieu de réunion, tout à fait naturellement, l'Anap va jusqu'à présenter une unité de chirurgie ambulatoire en faisant le parallèle avec une entreprise : « *L'UCA : ma petite entreprise* ». Le cadre de l'UCA est présenté comme le chef de production et le responsable médical, comme l'entrepreneur. Les actionnaires sont la direction et l'Agence régionale de santé, tandis que le premier client est le chirurgien et le client final le patient. Le responsable médical (= l'entrepreneur) devra notamment s'appuyer sur des outils de gestion tels que les tableaux de bord et les indicateurs de qualité organisationnelle.

L'Anap dresse ensuite une typologie des chantiers de Chirurgie ambulatoire à l'aide d'un lexique emprunté à l'entrepreneuriat privé. Un projet de création d'une unité de chirurgie ambulatoire s'apparenterait à la création d'une start-up, l'obstacle au

projet étant la bureaucratie. Un projet de développement d'activité dans une UCA de taille petite/moyenne s'apparenterait à une problématique d'entrepreneurs de PME, l'obstacle étant ici la conviction. Enfin, une UCA de taille importante qui voit son activité croître encore davantage s'apparenterait cette fois au modèle de l'usine, la principale difficulté résidant dans l'organisation des flux et l'absorption de l'activité.

Dans la salle, personne ne s'indigne. Ces parallèles explicites entre entreprises et hôpital visent pourtant à signifier que le chantier, et même plus globalement l'hôpital, doivent désormais s'inscrire dans le cadre de la rationalité gestionnaire. Mais le mélange des concepts et leur interchangeabilité brouillent les pistes et instaurent la confusion dans les esprits. Que pourraient-ils dire ? Voyons messieurs dames, ce n'est qu'un document, rien de plus. Le parallèle est à valeur illustrative et explicative, ce n'est

pas la réalité, juste une projection pour mieux se représenter les réalités du chantier. Le débat doit se placer sur un plan technique et pragmatique et non pas idéologique. Toute velléité de contestation, par l'ambiguïté de la présentation, est par avance désarmée. Pourtant, les mots ont le pouvoir de créer, limiter et définir la réalité. Le message est clair. La présentation a ancré dans les esprits la possibilité voire même la légitimité de l'équivalence : le soin, c'est de l'argent.

Notre quotidien, professionnel mais aussi privé, est rempli de ces mots : performance, efficacité, résultat, objectifs, marché... Pour autant, ce lexique n'est que la partie visible d'un système technique fondé sur des méthodes et des outils extrêmement bien organisés, cohérents entre eux, et dont les impacts sur l'économique et le social sont multiples et puissants.

LES SCIENCES DE GESTION RÊVENT L'ÊTRE HUMAIN EN MACHINE

En eux-mêmes, les idéaux de performance et d'efficacité ne seraient pas dangereux s'ils pouvaient être débattus, voire même contestés. Mais un tel débat salutaire devient impossible quand ils se matérialisent en dispositifs de gestion. Transformés en méthode de management, ils se parent d'une neutralité et d'une efficacité qui les rendent en apparence insignifiants et inoffensifs. Or le danger réside précisément dans cette capacité des techniques managériales à s'auto-légitimer, à se faire petites et inattaquables, car guidées par un prétendu pragmatisme de l'action. Les outils sont prétendument neutres, car, comme on ne cesse de le rabâcher, « c'est l'usage qu'on en fait qui importe ».

Les techniques de management sont très rarement interrogées, alors qu'elles sont précisément la

Un projet de création d'une unité de chirurgie ambulatoire s'apparenterait à la création d'une start-up.

pour régler les conduites et minimiser les risques d'écart par rapport aux comportements attendus : « Les dispositifs de management fonctionnent comme des nanotechnologies. Invisibles et présentés comme purement "techniques", ils travaillent la matière économique et sociale, ils façonnent les comportements individuels et collectifs »¹⁰. Ils agissent par exemple en fixant les objectifs ou les normes de qualité.

Définir des plans d'action, avec des objectifs de performance et des indicateurs de réussite régulièrement mesurés dans des tableaux de bord, vise précisément à encadrer le comportement des individus. Les instruments de gestion et les managers rêvent

l'être humain en machine : niveau d'incertitude zéro, retour sur investissement maximum. Ainsi orienté, encadré et contrôlé, chacun incarne et porte sans vraiment s'en rendre compte les idéaux sous-jacents d'efficacité et de performance. « Les méthodes de management vont jouer un rôle de matérialisation d'un idéal en pratiques »¹¹. Notre esprit se trouve limité, notre regard détourné et appauvri par le primat de l'action, de la mesure, de l'objectivité et de l'utilité. Les dispositifs de gestion « n'illuminent sur la grande carte de notre esprit que quelques places, le reste du territoire demeurant dans l'obscurité »¹², nous faisant oublier que le territoire auquel se réfère cette carte est riche d'innombrables liaisons.

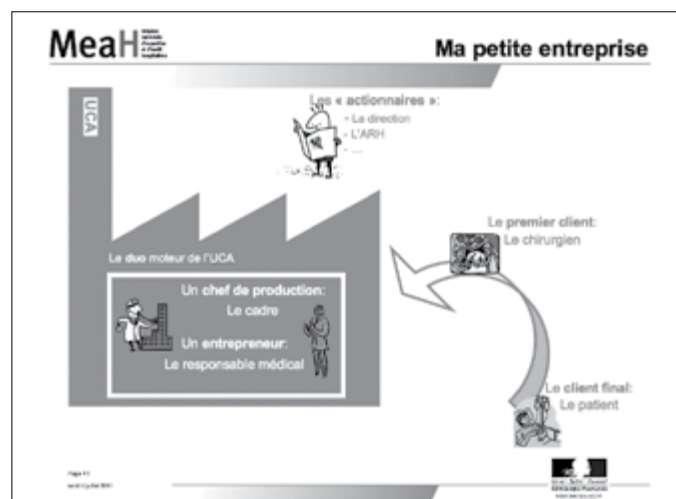
Outre cette dimension cognitive, les dispositifs de management supportent aussi une infinité de microdécisions qui peuvent donner lieu à des réajustements de comportements. Chacune d'entre elles n'a en principe d'influence que sur le territoire de l'organisation concernée. Mais, mises bout à bout, ou appliquées à des organisations publiques comme les hôpitaux, elles produisent des effets bien plus généraux. On voit par exemple entrer dans les hôpitaux publics des outils d'analyse stratégique et concurrentielle habituellement utilisés pour aider les entreprises à définir leur stratégie. Toujours sous l'impulsion de cabinets de conseil, on réfléchit désormais à chaque activité médicale en termes de parts de marché relatives et de croissance de l'activité. Dans l'exemple sur la page suivante, les bulles représentent les activités de l'établissement, et leur taille varie en fonction de la croissance de l'établissement par rapport à celle de ses concurrents sur la zone géographique considérée. Un peu plus loin dans l'étude, ces niveaux de croissance par activité seront recouverts avec une mesure de la rentabilité.

La notion de réflexion stratégique est certes intéressante et nécessaire. Elle place l'activité de l'établissement dans son contexte, en relation avec l'offre et la demande présentes sur le territoire. En ce sens, elle peut lui permettre de prendre

Les établissements n'ont pas attendu les cabinets de conseil pour réfléchir à leur offre de soins.

des décisions en matière de développement d'activité qui soient adaptées aux besoins de la population. Mais les établissements n'ont pas attendu les cabinets de conseil pour réfléchir à leur offre de soins. Ce qui est nouveau, c'est la terminologie employée et la formalisation « matricielle » directement empruntées aux sciences de gestion et du management. On parle de marché et de concurrence pour un établissement qui, a priori, de par sa nature d'organisme public, n'est pas soumis à ce type de contraintes. Ainsi, une offre de soins ne rencontrant pas une demande suffisante sur un territoire a toutes les chances d'être supprimée sous prétexte qu'elle n'est pas suffisamment rentable, au mépris de la notion de service public.

Les indicateurs et les outils de gestion offrent une représentation particulière et nécessairement imparfaite de l'organisation vécue. Le chiffre devient l'alpha et l'oméga de toute réflexion et de décision. Même les ressources humaines sont intégrées dans des tableaux de bord, calculées, comparées, transformées en taux et ratios. Dans des milliers d'années, les civilisations extirperont des décombres ces tableaux de bord et les exposeront dans des musées. En bas à gauche, sous l'un d'entre eux, ils pourront lire une vignette « Tableau



	Problématique	Vos objectifs
Un projet-cible: La start-up	« J'ai besoin d'aide pour ouvrir mon UCA » Barrière = bureaucratie	-Ouvrir le plus vite possible -Finaliser le projet
Une problématique d'entrepreneurs: La PME	« J'ai besoin d'aide pour mettre des patients dans mon UCA » Barrière = conviction	-Mobiliser les potentiels internes -Convaincre les chirurgiens -Absorber l'activité sans dégrader la qualité
Une problématique industrielle: La grande entreprise	« J'ai besoin d'aide pour faire face au nombre de patients » Barrière = organisation	-Maîtriser son processus -Favoriser le turn-over -Maîtriser la qualité

de bord 1. Hôpital». Gageons que les visiteurs resteront perplexes devant ce langage et cette façon étrange dont, à un moment de notre histoire, nous aurons systématisé un regard si froid sur le monde – à moins qu'ils ne ricanent de l'état embryonnaire de cette technologie, comme nous pouvons rire aujourd'hui d'un magnétoscope. Il n'est pas impossible non plus qu'ils jugent incompréhensible et ridicule la somme d'énergies humaines employées à la constitution de ces outils...

LA PATIENTÈLE A SES LIMITES

Dans cette promenade à pas lents au cœur des logiques de managérialisation des hôpitaux, un point a failli être oublié, comme un point aveugle ou un angle mort. Un oubli révélateur, car il témoigne à merveille de la capacité des outils de gestion à former des systèmes clos sur eux-mêmes et coupés de la réalité. Dans toutes nos interventions, que ce soit dans les services de médecine et de chirurgie, dans les bureaux des gestionnaires ou dans nos discussions avec l'Anap, le patient n'a été que très rarement évoqué ! Ou alors seulement comme caution morale, pour fédérer des points de vue et des engagements, car se prévaloir de l'intérêt du patient est, dans le milieu hospitalier, hautement légitimant.

Les tableaux de bord et les indicateurs de gestion le rendent obsolète. Il rôde derrière le taux d'occupation des lits ou la durée moyenne des séjours, mais il n'est jamais vraiment là. Soit totalement évincé, soit transposé en une donnée gestionnaire et mesurable (lit, séjour). Or, comme le rappelle Nicolas Belorgey citant le sociologue Anselm Strauss, si le point de vue du patient est difficilement saisissable, il semble en revanche difficile de comprendre l'hôpital sans tenir compte des patients, car ils y jouent un rôle considérable. « C'est cette entrée du malade dans la division du travail qui rend le travail médical fondamentalement non rationalisable »¹³. Le « travail » accompli par les patients, dont Strauss donne comme exemples le contrôle de son propre corps au moment des interactions avec l'équipe médicale,

les gestes accomplis chez soi, ou, à l'extrême, le fait de savoir « bien mourir », est invisible et par nature générateur d'incertitude. Cela est particulièrement vrai dans le cas de la chirurgie ambulatoire.

Le patient rôde derrière le taux d'occupation des lits, mais il n'est jamais vraiment là.

L'hospitalisation limitée à une journée oblige le patient à respecter un certain nombre de règles : lors de son arrivée, il doit être à jeun et avoir pris une douche, il doit être obligatoirement accompagné à son domicile par une personne valide... Si ces règles ne sont pas respectées,

l'intervention est annulée ou le patient gardé la nuit à l'hôpital, sans compter les complications pouvant survenir au moment de l'intervention. Autant d'événements dépendants du patient, donc non maîtrisables par la rationalité gestionnaire, et qui peuvent engendrer des coûts supplémentaires.

De même, sur la question des effectifs, les praticiens dimensionneront une équipe médicale en considérant le pire, même si le pire est rare et n'arrive qu'une fois dans l'année. De cette manière, ils afficheront toujours des équipes de taille plus importante que le voudraient les gestionnaires, pour qui une situation rare ne justifie pas qu'on finance les moyens d'y faire face.

Enfin, deux aspects, mis en lumière par Nicolas Belorgey dans son ouvrage, mériteraient d'être vérifiés dans le cas précis de la chirurgie ambulatoire. L'hypothèse qu'un temps de passage plus court dégrade la qualité des soins serait à confirmer. Il faudrait pour cela analyser les taux de retour des patients de chirurgie ambulatoire, c'est-à-dire déterminer la proportion de ceux qui reviennent à l'hôpital dans les jours suivants. Un taux élevé indiquerait une dégradation de la qualité des soins. Autre piste à creuser : le renforcement de la contrainte de ressources sur les services de soins, qui se traduit ici par une pression accrue sur les chirurgiens pour qu'ils orientent les patients en chirurgie ambulatoire, et conduit à durcir les conditions de négociations patients/soignants pour accéder aux soins. Celui qui voudrait bénéficier d'une nuit à l'hôpital (avant et/ou après l'intervention) parce qu'il vit dans des conditions particulières (zone rurale, âgé, sans voiture, difficulté de déplacement, toxicologie...) qui compliquent une prise en charge ambulatoire devra, dans sa négociation avec le médecin, se montrer très convaincant. Or il faut pour cela des capitaux personnels (économiques, culturels...) importants, ce qui est rarement le cas chez ce type de patients. Il est donc probable, mais à vérifier, que la chirurgie ambulatoire, au même titre que les autres réformes inspirées du « nouveau management public », renforce les inégalités sociales dans l'accès aux soins. Z

13. Anselm Strauss, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, éd. L'Harmattan, 1992. Extrait cité dans *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Nicolas Belorgey, La Découverte, 2010.

