

« Performance et qualité : malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ? »

Colloque « **Les malentendus culturels dans le domaine de la santé** », Strasbourg 2-3 décembre 2013

Jean-Christophe Weber

*Université de Strasbourg*

*Institut de Recherches Interdisciplinaires sur les Sciences et la Technologie, EA3424 Université de Strasbourg*

*Service de médecine interne, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'hôpital, 67091 Strasbourg*

*Cedex France*

*jcweber@unistra.fr*

Ce texte est proche de la version publiée : Weber J-C., [2015], « Performance et qualité : malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ? », in : Pascal Hintermeyer, David Le Breton et Gabriele Profita (dirs.) *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2015, p.97-116.

Il y a déjà plusieurs années, la question était posée en ces termes : l'immixtion de l'économie dans la pratique médicale signifiait-elle (« simplement ») la prise en compte (enfin !) du principe de réalité ?<sup>1</sup> En effet, le débat déjà ancien sur « le trou de la sécurité sociale » avait motivé des réformes diverses du financement des hôpitaux<sup>2</sup>, mais leur relative inefficience avait conduit à l'instauration du système de la T2A, la tarification à l'activité. Une nouvelle exigence était apparue pour les médecins hospitaliers, celle de devoir formuler leur activité de soins dans le langage de la production d'un bien marchand. En 2007, la T2A devenait prégnante, mais les médecins raisonnaient encore en termes de contraintes budgétaires. La caisse d'assurance maladie contestait des motifs d'hospitalisation, des expressions comme « le surcoût des personnes âgées » se naturalisaient. Cette rhétorique de la maîtrise des dépenses prenait les médecins à revers d'une pratique qu'ils se plaisent à considérer comme animée par la seule considération du bien du malade, dont la santé n'a pas de prix, même si elle a un coût. Le médecin, grand responsable de dépenses de santé, était désormais sous surveillance. La limitation de l'offre de soin était comme un ver dans le doux fruit de son habitus ancestral, façonné par la seule réponse à la demande de l'homme souffrant<sup>3</sup>. L'indignation médicale,

---

<sup>1</sup> Weber, JC, L'immixtion de l'économie dans la pratique médicale : principe de réalité ou choc des cultures ?, in : JP Alix, B Ancori, P Petit (dirs), *Sciences en société au XXI siècle ; autres relations, autres pratiques*. CNRS Editions, 2008, p. 121-134.

<sup>2</sup> Pierru, F, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant, 2007.

<sup>3</sup> Canguilhem, Foucault, Lacan l'ont chacun dit à leur manière : Georges Canguilhem, *Puissance et limites de la rationalité en médecine (1978)*, In : *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la*

pour légitime qu'elle fût, avait au moins deux faiblesses. Elle faisait l'impasse sur l'emprise de l'univers marchand (celui de l'industrie pharmaceutique au premier chef) ; elle méconnaissait le fait que c'est l'organisation d'un système de santé qui rend possibles les soins pour chacun. Aussi, les médecins étaient-ils invités à balayer devant leur porte, à considérer les dépenses inutiles ou illégitimes, et la nécessité vertueuse d'articuler des considérations de justice sociale dans les délibérations individuelles. L'avis 101 du Comité Consultatif National d'Éthique, rendu public à l'automne 2007, incitait à tempérer la réflexion par un principe de réalité, tout en soulignant les points de tension entre santé publique et soins individuels<sup>4</sup>. Cet avis s'efforçait de dissiper les malentendus et d'inviter à une nouvelle culture pour dialectiser les oppositions entre bienfaisance (individuelle) et justice (collective) : pour leur part, les médecins devaient prendre la mesure des effets de leurs actions sur la performance globale du système de santé, participer à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité des soins<sup>5</sup>. Performance, évaluation, qualité pouvaient être des signifiants renvoyant à des référents communs.

Pratiquement au même moment que l'avis 101 du CCNE<sup>6</sup>, était annoncé cependant le lancement d'un projet de réforme de l'hôpital, d'une nouvelle politique publique répondant au nom de « nouvelle gouvernance »<sup>7</sup>. Si sa valeur de service est affirmée en préambule, la performance n'est plus une visée mais un mot d'ordre, le modèle imposé est celui de l'entreprise, et la condition nécessaire une « révolution des mentalités » pour permettre la triple révolution *i* du financement (T2A à 100%), *ii* du contrat d'objectifs et de moyens aux résultats sanctionnés, *iii* du management avec la responsabilisation du praticien. La tension entre le bien et le juste, à peine formulée par le CCNE, n'était-elle pas déjà en train de céder le terrain pour la victoire de l'utile, foncièrement mesurable ? Dans ces conditions, performance, évaluation, qualité pouvaient-ils encore être des signifiants renvoyant à des référents communs ?

---

*vie*, Paris, Vrin, 1994, pp 392-411 ; Michel Foucault (1976), *Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? in Dits et écrits tome III*. Paris, Gallimard, 1994, p. 40-58 ; Jacques Lacan, *La place de la psychanalyse dans la médecine (ou : Psychanalyse et médecine)*, *Lettres de l'Ecole Freudienne de Paris*, 1967, n°1 (texte disponible sur le site de l'Ecole Lacanienne de Psychanalyse <http://www.ecole-lacanienne.net/>).

<sup>4</sup> Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, « Avis 101 : Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier ». Texte téléchargeable à : <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/sante-ethique-et-argent-les-enjeux-ethiques-de-la-contrainte-budgetaire-sur-les#.UptdHScinRg> (page consultée le 1<sup>er</sup> décembre 2013).

<sup>5</sup> Weber, JC, *L'immixtion...*, art.cit.

<sup>6</sup> Ou presque, puisque la publication de l'avis du CCNE avait été retardée de quelques mois pour ne pas être diffusé avant l'annonce du chantier de la réforme hospitalière par Nicolas Sarkozy. Alors qu'il est daté de la fin juin 2007 (cf le site Web du CCNE), il n'a été rendu public que le 7 novembre 2007. Suite de cet épisode : le 5 février 2008, les journaux annoncent la volonté présidentielle de réformer le CCNE...

<sup>7</sup> Le 16 octobre 2007, à Bordeaux, le président Sarkozy installe la commission Larcher. Le texte de l'allocation est disponible à l'adresse [http://www.sphweb.info/spip.php?page=imprimer&id\\_article=588](http://www.sphweb.info/spip.php?page=imprimer&id_article=588) (consultée le 1<sup>er</sup> décembre 2013).

C'est ce que nous nous proposons d'aborder, en nous situant à l'échelon mésologique du milieu, de l'Umwelt<sup>8</sup> qu'est l'hôpital. Nous partons d'un sentiment initial, partagé peu ou prou par de nombreux observateurs de l'hôpital : un choc culturel semble s'y produire. L'étonnement se teinte d'une certaine perplexité anxieuse : s'agit-il d'un malentendu entre des groupes d'acteurs qui partagent toutefois une même visée globale, et qui pourrait être dissipé dans une discussion menée sous couvert d'une éthique habermassienne<sup>9</sup>, ou bien s'agit-il d'une mutation culturelle, irréversible, qui emporte avec elle tous les acteurs, consentants ou non? Etant en situation d'observateur immergé dans une pratique hospitalière de médecine interne, nous sommes à la fois un témoin privilégié de l'Umwelt qui est le nôtre, mais bien entendu exposé, dans notre tentative d'analyse critique, au biais inévitable des points aveugles de notre regard, fût-il équipé du recours à d'autres « lunettes » que les nôtres, empiriques (d'autres acteurs, d'autres témoins) ou académiques (d'autres chercheurs). S'il y a malentendu, nous y sommes plongés. S'il y a mutation, nous y participons et/ou la subissons. Il appartiendra à d'autres que nous, aujourd'hui ou demain, de le dire.

Dans un précédent article, nous avons cherché à dresser les contours des malentendus qui traversent la rencontre médecin-malade<sup>10</sup>. Quatre sources principales ont été désignées<sup>11</sup> : le mode de production du signe médical en tant que capture et traduction d'une réalité, le fait morbide brut, dans une langue médicale, ou, dit autrement, l'arrimage du réel par un appareillage symbolique ; la tension concurrente entre le paradigme de l'indice qui oriente l'enquête clinique<sup>12</sup> et le paradigme statistique qui domine les savoirs sédimentés en corpus académique ; l'oscillation de la visée de la thérapeutique entre normalisation adaptative et libération des capacités normatives individuelles ; la modalité langagière dans laquelle se déroule la pratique médicale et qui expose à tous les malentendus portés par la parole, d'autant plus qu'elle est vectorisée dans une asymétrie demande/réponse<sup>13</sup>. En portant l'attention sur l'espace privilégié de la consultation, nous avons alors laissé de côté d'autres sources potentielles de malentendus, qu'on pourrait considérer comme plus extérieures, mais qui néanmoins peuvent contribuer à « moduler le praticable » de la rencontre clinique, soit en lui imposant des contraintes –matérielles ou immatérielles-, soit en infléchissant les représentations et l'habitus des acteurs de cette rencontre, qui façonnent aussi l'étendue et les contours de la demande et de la réponse. Ce que nous nous proposons ici vient donc compléter le

---

<sup>8</sup> Von Uexküll, J, *Milieu animal et milieu humain*, Bibliothèque Rivages, 2010

<sup>9</sup> Habermas, J, *De l'éthique de la discussion*, Flammarion (Champs), 1999. Habermas, J, *Morale et communication*, Cerf, 1996.

<sup>10</sup> Weber, JC, *Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale*, *Revue des sciences sociales*, 2013, n°50, p.102-109.

<sup>11</sup> Chacune de ces sources peut être déclinée selon plusieurs sous-dimensions.

<sup>12</sup> Ginzburg, C, *Signes, traces, pistes, Racines d'un Paradigme de l'indice*, *Le Débat*, 1980, n°6, p.3-44.

<sup>13</sup> Et donc qu'elle s'écarte au maximum de la perspective d'un flux communicationnel qui emploie un code univoque.

travail précédent, en nous attachant au milieu qui rend possible mais aussi configure de manière particulière un certain mode de pratique médicale.

### **Le train de la performance**

L'hôpital public doit composer entre qualité des soins et maîtrise des coûts, en tenant compte de l'adéquation des services, de la sécurité, de l'équité, de la satisfaction des patients<sup>14</sup>. Voilà la base axiomatique qui vaudrait comme principe admis par tous de la performance des établissements de santé<sup>15</sup>. Pour l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) « rendre les établissements plus performants, c'est avant tout porter ses efforts sur trois dimensions complémentaires<sup>17</sup> : la qualité des soins et de service, les conditions de travail des personnels, l'efficacité économique ». La création de cette agence est un des indices que la performance est devenue un enjeu majeur pour les politiques publiques. Elle est chargée, en collaboration avec les Agences Régionales de Santé, d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer leur performance, mais aussi de diffuser à grande échelle la culture et les outils de la performance<sup>18</sup>. C'est donc à la fois un outil de réorganisation et un instrument de propagande. Les réformes hospitalières sont réputées peu efficaces pour faire bouger des organisations aussi complexes que l'hôpital<sup>19</sup>. L'ANAP privilégie alors des méthodes participatives, qui impliquent quelques acteurs de terrain dans des chantiers de

---

<sup>14</sup> Tabuteau, D, Les nouveaux défis des professions de santé. Pouvoirs publics et professions de santé. *Les tribunes de la santé*, 2010 n°26, p. 103-121.

<sup>15</sup> Une enquête menée en 2008 dans un hôpital parisien a montré que le terme de performance englobait toutes sortes de choses : valeurs professionnelles, accomplissement personnel, sens du service public, efficacité, rendement, etc. La notion d'objectifs à atteindre venait en dernière ou avant-dernière position, alors qu'elle est devenue absolument prioritaire: Minvielle, E, Sicotte, C, Champagne, F, Contandriopoulos, AP, Jeantet, M, Préaubert, N, Bourdil, A, Richard, C. Hospital performance: competing or shared values? *Health Policy* 87 (2008) 8–19.

<sup>16</sup> Le Pogam, MA, Luangsay-Catelin, C, Notebaert, JF. La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent, *Management & Avenir*, 2009/5 n° 25, p. 116-134.

<sup>17</sup> Notons « complémentaires », qui signifie « qui constitue le complément de quelque chose » : on saura alors que telle dimension développée isolément ne donne pas le tout de la performance, et c'est probablement ce que le rédacteur veut faire comprendre. Toutefois, cela ne précise en rien les proportions relatives des trois dimensions entre elles, ni leur caractère convergent ou divergent. Si ce sont des notions qui peuvent sembler divergentes (par exemple : améliorer l'efficacité au détriment des conditions de travail), on pourra se demander quelle est la dimension prioritaire, et qui en décide.

<sup>18</sup> Sur le site de l'ANAP (<http://www.anap.fr/>) on trouve par exemple ceci : « Diffuser à grande échelle la culture et les outils de la performance - Assurer la diffusion et l'appropriation d'une culture de la performance »

<sup>19</sup> Moisdon, JC, Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation, *Droit et société*, 2012/1 n° 80, p. 91-115.

restructuration partielle et thématique (par exemple : « fluidifier la trajectoire des patients »)<sup>20</sup>. A travers cette méthode, ce sont en fait les outils du toyotisme qui pénètrent et transforment l'hôpital, tout le vocabulaire y est : flux tendus, management par projets, etc., mais les médecins et les autres soignants n'en perçoivent pas les tenants ni les aboutissants. La novlangue du management public n'a pas besoin de son public d'assujettis pour faire advenir à l'être de nouvelles choses (performance, indicateurs, etc.), mais ces nouvelles choses ont besoin de leur mise en circulation, dans les échanges langagiers des acteurs, pour asseoir leur domination, et modifier la réalité. C'est ainsi que la performance selon l'ANAP est en passe de devenir la seule performance qui ait droit de cité, qui impose sa signification sur toutes les autres.

La tarification à l'activité est l'autre grand volet des réformes<sup>21</sup>, qui vise la seule performance économique<sup>22</sup>. Il ne s'agit plus tant de limiter les dépenses que d'accroître l'activité et plus encore le rendement. La T2A incite à la performance en adressant directement des « signaux » aux acteurs de terrain, en les confrontant à des résultats de plus en plus individualisés, et donc en instaurant une nouvelle forme de responsabilisation, mais aussi d'intéressement potentiel, de compétition et de concurrence<sup>23</sup> : jouer le jeu de la performance c'est espérer être récompensé de son dynamisme, pouvoir élaborer des projets, poursuivre ses ambitions, bref, être dans le coup<sup>24</sup>. L'indexation des revenus sur la performance est probablement déjà inscrite dans certains agendas<sup>25</sup>.

L'efflorescence et la diffusion de la notion de « performance » dans tous les domaines qui relèvent de l'action publique (recherche, éducation, action sociale, etc.) n'épargne donc pas l'hôpital. Je dois confesser que nous l'avons cru. Nombreux sont les médecins hospitaliers (et les soignants aussi) qui continuent d'envisager leur métier comme inscrit dans une légitimité de service, dont la performance repose sur d'autres coordonnées, notamment celles de désintéressement et de la générosité<sup>26</sup>. Mais

---

<sup>20</sup> Il y aurait beaucoup à dire sur la manière dont les consultants privés mandatés par l'ANAP dans le cadre de contrats de performance signés conjointement par l'Agence, l'ARS et l'établissement hospitalier parviennent à « vendre » un produit commercial élaboré dans leur cabinet conseil, mais aussi la solution qu'ils détenaient déjà avant d'ouvrir le chantier. La mise en œuvre du *Lean Management* pénètre ainsi dans l'hôpital, sous couvert d'une amélioration voulue par les acteurs de leurs conditions de travail et de la qualité des soins.

<sup>21</sup> Pour une présentation synthétique de ces réformes récentes, voir par exemple : Bréchat, PH, Leenhardt, A, Mathieu-Grenouilleau, MC, Rymer, R, Matisse, F, Baraille, D, Beaufils, P. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique, *Santé Publique*, 2010/5 Vol. 22, p. 571-580.

<sup>22</sup> Pierru, F, Le mandarin, le gestionnaire et le consultant - Le tournant néolibéral de la politique hospitalière, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012/4 n° 194, p. 32-51.

<sup>23</sup> Gouadain, D, « La nouvelle main invisible ». A propos des pratiques de notation, *Le Débat*, 2012/5 n°172, p.51-63.

<sup>24</sup> Hache, E, La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? *Raisons politiques*, 2007/4 n°28, p.49-65

<sup>25</sup> C'était expressément souhaité par le président Sarkozy en 2007.

<sup>26</sup> Chaniel, P, Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin, *Revue du MAUSS*, 2010/1 n° 35, p. 135-150.

« l'hôpital sous pression »<sup>27</sup> de la « gouvernance »<sup>28</sup> et du nouveau management public<sup>29</sup> n'est pas, n'est plus, un espace clos enchanté à l'abri d'une injonction qui s'adresse d'ailleurs à chaque individu : être performant.

Pour ce qui concerne l'évaluation, la qualité, ou l'efficacité économique dans les hôpitaux, la performance n'a pas le sens de l'exploit du sportif ou du comédien, ni même du rendement d'une machine. La performance vaut par son indice, qui désigne dans les courses automobiles quelque chose de précis, à savoir « un rapport entre le kilométrage réellement parcouru par la voiture et le kilométrage qui lui était imposé en fonction de sa cylindrée »<sup>30</sup>. La performance ne signifie rien d'absolu, mais l'amélioration de son indice, c'est-à-dire le rapprochement des réalisations par rapport aux prévisions. Dans quelle mesure est-il permis de parler de malentendu ? Il ne s'agit pas simplement d'un jeu dans l'étendue sémantique de la notion. Pour répondre à la question, décrivons-le dans chacun des trois volets de la performance selon l'ANAP.

### **Topique des malentendus**

Pour ce qui concerne la qualité des soins et de service, la performance hospitalière devrait être évaluée par son impact sur l'état de santé des populations desservies. Comme on ne sait pas le faire, mais que tout le monde s'accorde néanmoins sur le caractère nécessaire de son évaluation, nous avons eu des indicateurs de substitution. Or, ils apparaissent assez pauvres. Ainsi, la qualité de la prise en charge de la douleur est mesurée par le pourcentage de dossiers qui comportent la trace d'un usage d'une échelle d'évaluation de la douleur. Le principe n'est pas d'atteindre une qualité appréciable par les intéressés, malades et soignants, mais, par le levier d'une évaluation périodiquement renouvelée, d'instaurer un mouvement permanent de progression continue de l'indicateur mesuré : à chaque évaluation, le pourcentage de dossiers conformes aux attentes de l'évaluateur est supposé s'accroître. Pire, on peut satisfaire pleinement au critère en étant parfaitement négligent de la souffrance des malades. Le constat de cette indigence amène certains à préconiser une réelle mutation pour « gérer la qualité » avec autant de zèle que pour l'efficacité

---

<sup>27</sup> Belorgey, N, *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public »*, Editions La Découverte, Paris, 2010 ; François-Xavier Schweyer en propose une recension détaillée : *L'hôpital sous pression, Sociologie* [En ligne], Comptes rendus, 2012, mis en ligne le 29 février 2012, consulté le 17 novembre 2013. URL : <http://sociologie.revues.org/1110>.

<sup>28</sup> Domin, JP, La nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics ?, *Mouvements*, 2004/2 n° 32, p. 55-59.

<sup>29</sup> Dans le domaine de la santé, on se référera par exemple au livre de Frédéric Pierru, *Hippocrate...* op.cit. .

<sup>30</sup> Voir l'entrée « Performance » dans le Dictionnaire en ligne Trésor de la Langue Française Informatisé (<http://atilf.atilf.fr/>).

économique<sup>31</sup>. Mais on peut craindre le pire. L'accréditation obligatoire des établissements repose déjà presque exclusivement sur un contrôle de conformité par rapport au monceau de protocoles, d'outils de traçabilité et de contrôle centrés sur des résultats aisément vérifiables. Cette conception est bien sûr en décalage complet par rapport à celle de la qualité des soins évaluée par les soignants. On passe trop de temps à produire des traces d'activité plutôt qu'à agir : cela ne pèse qu'aux acteurs de terrain, qui ont le sentiment d'absurdité dans le travail, aux dépens de sa finalité.

Les conditions de travail des personnels devraient pourtant être soignées d'autant plus que la performance globale va dépendre non seulement des compétences, mais aussi et surtout de la motivation, de l'engagement et des collaborations internes, ce qui implique un grand nombre d'éléments difficiles à organiser de manière volontariste : reconnaissance, intérêt du travail, autonomie dans le travail, relations avec les pairs, etc.<sup>32</sup> Je ne ferai qu'évoquer ici les enquêtes qui attestent d'une souffrance croissante des soignants au travail<sup>33</sup>, pour souligner simplement que ce sont aussi les nouvelles technologies du management et le discours de la performance qui organisent un surcroît de souffrance au travail<sup>34</sup>. L'idéal (qualité totale, réduction des risques) est devenu la norme, l'écart entre travail prescrit et travail possible renvoie les acteurs à leur insuffisance<sup>35</sup>. Celle-ci n'est plus la finitude de toute action pratique, mais le signe d'une faillite personnelle. Les limites inhérentes à la pratique ne sont pas les données de départ de l'équation, mais des anomalies. Il est d'autant plus difficile de lutter contre cette tendance que cela reviendrait presque à se déclarer opposé à l'amélioration de la qualité des soins. Les prescriptions sont formulées de manière abstraite, ceux qui les refusent sont marginalisés comme résistants au changement<sup>36</sup>, ou soupçonnés de paresse. Dire que le cœur de l'activité clinique au lit du malade est déstructuré en profondeur par l'usage imposé de l'informatique, au nom de la sécurité du circuit du médicament, se voit opposer au mieux une commisération feinte, car le progrès technique évident nous entraînera, même si on concède des mises au point nécessaires, vers une meilleure performance. La toute-puissance organisationnelle requiert une adhésion, et celui qui y verrait un « déni des limites » (Dujarier) est prié de le taire, pour ne pas être mis hors-jeu. Le travail réel semble avoir presque complètement

---

<sup>31</sup> Bras, PL, Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?, *Les Tribunes de la santé*, 2012/2 n° 35, p. 29-41.

<sup>32</sup> Le Pogam, MA *et al.*, art.cit.

<sup>33</sup> Estryn-Behar, M, Leimdorfer, F, Picot, G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail » Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale, *Revue française des affaires sociales*, 2010/4 n° 4, p. 27-52.

<sup>34</sup> Je renvoie en particulier au livre de Marie-Anne Dujarier, *L'idéal au travail*, préface de Vincent de Gaulejac, Paris, PUF, coll. « Partage des Savoirs », 2006.

<sup>35</sup> Dejours, C, Gernet, I, Travail, subjectivité et confiance, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/1 n° 13, p. 75-91.

<sup>36</sup> Diet, E, Management, discours de l'emprise, idéologie et désobjectivation, *Connexions*, 2009/1 n° 91, p. 65-83.

disparu des préoccupations des prescripteurs de la performance<sup>37</sup>. L'absence d'événements indésirables occulte l'activité qui a empêché leur survenue : « mieux on fait son travail, moins il est visible »<sup>38</sup>.

Le troisième volet de la performance des hôpitaux est leur efficacité économique. L'acceptation résignée ou enthousiaste de la T2A a été facilitée par le constat que ce système de financement était plus rigoureux, plus équitable (entre établissements), et surtout parce qu'il a eu des effets bénéfiques : l'activité a augmenté, la durée moyenne de séjour a diminué, de nombreux établissements sont revenus à l'équilibre financier<sup>39</sup>. N'était-ce pas la preuve qu'il y avait bien des « gisements de productivité », que les médecins pouvaient devenir des gestionnaires, que l'appât du gain allait régler les conduites<sup>40</sup> ? Les pièges et les effets indésirables de la T2A, maintenant bien décrits<sup>41</sup>, semblent incapables de mettre en crise un modèle aussi puissant : tendance inflationniste, sélection d'activités rentables<sup>42</sup>, tri des malades<sup>43</sup>, déplacement des normes professionnelles vers des

---

<sup>37</sup> Aubert, N, Le management à l'ère du capitalisme financier : un management hors sujet ?, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/1 n° 13, p. 17-30.

<sup>38</sup> Jobert, G, Engagement subjectif et reconnaissance au travail dans les systèmes techniques, *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2005/24 Vol. XI, p.67-95.

<sup>39</sup> O'Reilly, J, Busse, R, Häkkinen, U, Or, Z, Street, A, Wiley, M, Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries, *Health economics policy law*, 2012 ; 7 (1) : p. 73-101.

<sup>40</sup> Pierru, F, op.cit.

<sup>41</sup> Le rapport du député UMP Flajolet sur les disparités géographiques de Santé en 2008 énonçait déjà que "le mécanisme du financement à la tarification à l'activité porte intrinsèquement des possibilités de dérives au détriment de certaines activités, liées à la prévention, dont le geste technique ne justifie pas un tarif élevé qui serait cependant défendable du fait du temps d'écoute indispensable à y consacrer. Un risque de dérive de l'activité dans les hôpitaux au regard des besoins réels de santé de la population et des personnes les plus fragiles. Ces actes permettant de réduire les disparités de santé pourraient ne pas être considérés comme suffisamment rentables et se trouver négligés au profit d'autres plus valorisants. En outre, les personnes qui arrivent tard dans le système de soins sont plus lourdement atteintes donc coûtent plus cher. Or le tarif est, par construction un tarif moyen et une deuxième inégalité se fait jour qui serait la moindre rémunération de l'activité d'un établissement accueillant des personnes défavorisées (...). La tarification à l'activité peut générer, plus ou moins consciemment, des examens inadéquats dans le but non d'aider au diagnostic mais de justifier la présence de matériels coûteux et de soutenir l'activité de l'hôpital pour lui procurer les revenus dont il manquerait. (...) La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) n'incite pas nécessairement à réaliser les actes indispensables à la résorption d'inégalités de santé ». Flajolet André, « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Flajolet.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf).

<sup>42</sup> . Un hôpital peut choisir de sélectionner des malades dont le coût de prise en charge est faible afin d'augmenter les profits. Cette possibilité n'a pas l'air de poser des problèmes éthiques à Gérard Vincent, ancien directeur général des hôpitaux, actuellement délégué général de la Fédération Hospitalière de France : « de ce point de vue, la tarification à l'activité me semble intéressante. À condition que l'on aille au bout de cette logique : les services peu rentables auront forcément moins de moyens » [Interview de Gérard Vincent, *L'Express*, 27 février 2003, p. 74].

<sup>43</sup> De Pourville, G, Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité. *Revue Economique*, 2009/2 vol. 60, p.457-470.



normes d'entreprise etc.<sup>44 45</sup> Des parades seraient à l'étude, mais le suivi du processus T2A en terme de qualité des soins n'est pas systématique<sup>46</sup>.

Ce volet de la « performance » est le plus éloigné de nos préoccupations premières : soigner des gens. Pourtant, il a été affirmé aux médecins que le système de pilotage précis<sup>47</sup> rendu nécessaire pour sa mise en place aboutissait à valoriser l'acte médical<sup>48</sup>. Cette promesse n'a pas été sans échos : qui ne souhaite pas voir valorisé ce qu'il fait ? D'autant qu'un retour sur performance a été promis : création de postes, développement d'activités nouvelles, voire intéressement financier, pour les pôles les plus méritants, qui figureraient au tableau d'honneur de l'excellence. Pourtant, c'est une belle illustration d'un malentendu qui porte sur la « valorisation ». Pour le gestionnaire, il s'agit de signifier la « hausse de la valeur marchande d'un produit ou d'un service » (TLFI), pour le médecin, c'est « accorder une importance plus grande, davantage de valeur à quelque chose » (TLFI). Ce qui est le plus valorisé par le médecin, et le plus valorisant pour lui, est la mise en pratique effective de ses compétences, de son savoir-faire, de son intelligence pratique. Dans l'activité de consultation, c'est quand il parvient, au terme d'une attention minutieuse à la situation du malade, à « débrouiller » l'écheveau, à diagnostiquer, à écouter, à dialoguer avec celui à qui il vient d'annoncer une maladie grave. Or, tous ces moments de l'expertise clinique, tous ces éclats d'excellence, toutes ces performances au sens de l'exploit sportif ou de la représentation théâtrale = au sens de « faire ce qu'on sait bien faire au meilleur de son intelligence pratique », tout cela est compté pour rien, ou presque rien quand il s'agit de la valorisation marchande. La T2A est pénalisante pour les activités de consultation, elle ignore la clinique, elle ignore le travail réel. Ce qui génère de l'activité valorisée financièrement n'est donc pas ce que le médecin valorise comme acte médical.

---

<sup>44</sup> Vogl, M, Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany, *Health Economics Review* 2012, 2:15 (<http://www.healtheconomicreview.com/content/2/1/15>).

<sup>45</sup> Weinstein, M, Nesbitt, J. Ethics in Health Care: Implications for Education and Practice. *Home Health Care Management & Practice*, 2007, Volume 19, 112-117.

<sup>46</sup> Or, Z, Häkkinen, U, Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ? Document de travail n°53. Irdes. Décembre 2012. <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT53QualiteSoinsT2A.pdf> (page consultée le 1er décembre 2013).

<sup>47</sup> Dans un supplément en ligne Les Echos/Cap Gemini, on trouve ceci en date du 27 novembre 2011, sous la plume du directeur des affaires financières du CHU de Montpellier et du responsable de l'informatique décisionnelle du CHU de Montpellier : l'amélioration de cette dimension de la performance passe par la mise en « œuvre (d') un pilotage fin, au plus près de l'activité ». Qu'est-ce à dire ? Ils précisent que ce pilotage fin c'est par exemple « d'affecter des objectifs en terme d'activités à un médecin contractuel qu'on vient de recruter ». Jacquet, R, Harbulot, MT, L'hôpital géré comme une entreprise ? <http://technologies.lesechos.fr/technologie-accelerateur-de-croissance/l-hopital-gere-comme-une-entreprise-a-2-394.html> (page consultée le 1er décembre 2013).

<sup>48</sup> Jacquet, R, Harbulot, MT, *art.cit.* : « Le succès réside dans l'exhaustivité de l'information. Ce sont les médecins qui sont chargés de saisir les actes. Mais s'ils omettent de le faire, ce sont des financements qui sont perdus pour leur service ! Le système de pilotage aboutit donc à valoriser l'acte médical ».

## Inculquer une culture par l'évaluation

Cet exemple de malentendu va nous servir de transition pour mettre l'accent sur l'authentique mutation culturelle qui est imposée à la pratique médicale. La notion de performance à l'hôpital accompagne, nous l'avons déjà mentionné, l'importation du modèle de l'entreprise commerciale dans l'hôpital<sup>49</sup> par l'intermédiaire d'un ensemble de notions et de dispositifs issus de l'économie de marché et des technologies gestionnaires<sup>50 51</sup> et qui vise une restructuration en profondeur des Etats sociaux<sup>52</sup>. Il s'agit d'inculquer une nouvelle logique, un nouvel esprit, une nouvelle culture aux établissements de soin. Certains médecins la préconisent d'ailleurs, comme Guy Vallancien qui martèle dans un rapport que l'hôpital est une entreprise comme une autre et qu'il faut lui imposer «une véritable éthique de production »<sup>53</sup>. Ce n'est certes pas un avis partagé par tous, mais l'idée fait son chemin. Comment modifier les cerveaux des acteurs pour qu'ils s'approprient la nouvelle culture? Est-ce que la révolution des mentalités est en marche ? Selon quelques recherches menées sur le terrain<sup>54</sup>, « une culture gestionnaire paraît réellement émerger au niveau des professionnels. Il est à peu près certain que la T2A a entraîné une déformation des champs de jugement vers l'économique ; certes (...) elle aurait pour le moment plus de répercussions sur les représentations des acteurs que sur les modes concrets par lesquels ils s'organisent, mais rien n'interdit d'imaginer qu'à terme, ce basculement des perceptions n'embraye pas sur des effets concrets »<sup>55</sup>.

Réguler par la performance est une constante du nouveau management public<sup>56</sup> : la notion est suffisamment ambivalente pour permettre le consentement des acteurs et diffuser ainsi la révolution des mentalités dans une institution qui était réputée mal gouvernable. Le champ sémantique apparaît purement technique, neutre voire positif du point de vue des valeurs, instrumental : on

---

<sup>49</sup> Sur le site de l'ANAP on trouve des expressions comme « Gestion de portefeuille de projets », ou encore « la place du capital humain est prépondérante dans les organisations de soins et dans les budgets des hôpitaux » ; un quatrième levier de la performance est d'ailleurs indiqué : « Des ressources humaines valorisées ». On commence alors à se sentir en terrain familier : traiter l'humain soit comme une ressource naturelle, un gisement de productivité à exploiter pour le valoriser, pour qu'il augmente en valeur, soit comme un capital que l'on investit pour qu'il produise des dividendes, cela ne date pas d'hier. Mais les acteurs de l'hôpital se sont crus peut-être à tort dans une autre logique, dans une autre culture.

<sup>50</sup> Moisdon, JC, *art. cit.*

<sup>51</sup> Chaniel, P, *art.cit.*

<sup>52</sup> Pierru, F, *Hippocrate... op. cit.*

<sup>53</sup> Vallancien,G, Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire. Rapport de mission remis en juillet 2008 au ministre de la Santé sur « la place et le rôle des nouvelles instances hospitalières », <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000472/0000.pdf>.

<sup>54</sup> Duchamp, D, Persson, S, Vers des Médecins-Managers-Mentors ? Premiers résultats d'un accompagnement concerté dans un CHU, *Management & Avenir*, 2012/3 n° 53, p. 142-161.

<sup>55</sup> Moisdon, JC, L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A, *Revue française des affaires sociales*, 2010/1 n° 1-2, p. 213-226.

<sup>56</sup> Contandriopoulos, AP, La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance, *Santé Publique*, 2008/2 Vol. 20, p. 191-199.

parlera d'évaluation, d'accréditation, d'indicateurs de performance, de démarche qualité<sup>57</sup>. Mais l'objectif est bien un gouvernement des conduites, une « mise au pas »<sup>58</sup>, ou plutôt une gouvernance, c'est à dire une politique dépolitisée en apparence<sup>59</sup>. Sous couvert d'une responsabilisation des médecins, le contrôle par l'administration n'a jamais été aussi prégnant<sup>60</sup>. Il est essentiel pour tout pouvoir de pouvoir « en appelle[r] à un agent autonome, c'est-à-dire quelqu'un qui soit capable de faire sienne, en lui obéissant, la règle de conduite qui lui a été prescrite »<sup>61</sup>. La légitimation de la performance est auto-performative, puisqu'elle repose sur les résultats<sup>62</sup>. Les objectifs quantitatifs à réussir sont inscrits sur des tableaux de bord. Aux acteurs de s'activer pour trouver la manière d'accroître, à moyens constants, la performance, c'est-à-dire rentabiliser au mieux chaque séjour. L'identité professionnelle en prend un coup, puisque la valorisation du séjour déteint sur la valeur du malade. De fait, le scandale de Stafford en est une illustration exemplaire, la nouvelle gouvernance n'améliore pas la qualité des soins<sup>63</sup>. La critique sociologique est vive, ce qui suscite des interrogations : pourquoi y croit-on, ou pourquoi fait-on semblant d'y croire ? Marie-Anne Dujarier propose des éléments d'explication pour ce qui concerne les évalués : l'automatisation des mesures et des jugements prend de court la pensée qui pourrait proposer une contre-évaluation qualitative et délibérative ; la participation au processus accroît le consentement, la soumission au contrôle, l'intériorisation des contrôles, et diminue la capacité de critique ; la compétition entre les évalués ruine la possibilité d'une résistance collective, qui se heurterait d'ailleurs à un pouvoir invisible et abstrait<sup>64</sup>.

---

<sup>57</sup> Caussat, L, Chemla, O, Les programmes de qualité et d'efficience, des instruments au service de l'évaluation des politiques de sécurité sociale et de la mobilisation de leurs acteurs, *Revue française des affaires sociales*, 2010/1 n° 1-2, p. 161-185.

<sup>58</sup> Milner, JC, *La politique des choses*, Lagrasse, Verdier, 2011.

<sup>59</sup> Rolland, C, Sicot, F, Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial, *Gouvernement et action publique*, 2012/3 n° 3, p. 53-75.

<sup>60</sup> de Pourville, G, La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital, *Le journal de l'école de Paris du management*, 2010/6 N°86, p. 22-29.

<sup>61</sup> Bourdieu, P, Champ du pouvoir et division du travail de domination, Texte manuscrit inédit ayant servi de support de cours au Collège de France, 1985-1986, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2011/5 n°190, p.126-139.

<sup>62</sup> Ogien, A, La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie, *Revue Française de Socio-Économie*, 2010/1 n° 5, p. 19-40.

<sup>63</sup> L'équilibre des comptes requis pour que leur établissement bénéficie du label "NHS Foundation Trust" (entités légales indépendantes de droit public) a conduit l'équipe de managers à négliger totalement la qualité des soins. Voir le rapport d'enquête complet : The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust -Public Inquiry - Chaired by Robert Francis. <http://www.midstaffspublicinquiry.com/report> (page consultée le 1er décembre 2013). Voir aussi l'article du Monde du 7 février 2013. [http://www.lemonde.fr/europe/article/2013/02/07/le-systeme-hospitalier-britannique-ebbranle-par-un-scandale\\_1828436\\_3214.html](http://www.lemonde.fr/europe/article/2013/02/07/le-systeme-hospitalier-britannique-ebbranle-par-un-scandale_1828436_3214.html). (page consultée le 1er décembre 2013).

<sup>64</sup> Dujarier, MA, L'automatisation du jugement sur le travail. Mesurer n'est pas évaluer, *Cahiers internationaux de sociologie*, 2010/1 n° 128-129, p. 135-159.

Le secret de la gouvernance à la performance résiderait donc dans l'évaluation elle-même, qui n'est « pas une simple facette mais le pivot » du management<sup>65</sup>. Certains voient même l'évaluation comme « un art pratique qui fabrique des valeurs<sup>66</sup> ». Il ne s'agit pas de décrire si ce qui a été accompli ressemble peu ou prou à ce qu'on jugeait professionnellement souhaitable. Quelques cibles quantitatives forment les critères par lesquels s'évalue la performance qui sera publiée et affichée : l'objectif est l'amélioration du score mesuré par les indicateurs. L'enjeu n'est plus d'améliorer réellement les situations, mais d'obtenir la performance quantitative souhaitée, que ce soit pour la production d'activités tarifables, ou pour l'évaluation de la qualité. Ce « gouvernement statistique »<sup>67</sup> qui gère par la performance n'utilise plus tant les chiffres pour décrire objectivement des faits sur lesquels fonder une politique adéquate, mais se réorganise lui-même autour d'un processus de fabrication rationnelle du chiffre. Tant d'interpellations, tant de dossiers traités, tant de patients soignés, etc. La performance quantitative prend le pas sur l'amélioration réelle des situations. Ce qui n'est pas mesuré, voire non mesurable, est disqualifié. En particulier, les compétences incorporées, les savoirs tacites qui forment la base de la qualité et de la performance vécues par les acteurs du soin, n'ont pas d'existence légitime dans ce processus.

Par contre, ce qui est valorisé par l'évaluation, c'est par exemple, en matière de qualité des soins, tout ce qui peut être tracé. Car pour « fournir à intervalles réguliers des données significatives sur l'état de l'objet mis sous contrôle »<sup>68</sup>, il faut une utilisation intensive et presque exclusive des systèmes d'information. D'ailleurs sur le site de l'ANAP on trouve cette ambition : « l'informatisation du cœur de métier des établissements de santé ». Si le cœur de métier des établissements de santé peut être informatisé, c'est qu'il y a plus qu'un malentendu, mais bien une colonisation des esprits par une nouvelle culture. Le cœur de métier de l'hôpital n'est pas informatisable, puisque c'est foncièrement une action sur le corps qui passe par des gestes et des paroles. Le dossier informatique, les prescriptions informatiques, la gestion informatique du médicament, tout cela n'est pas le cœur de métier, par contre, tout cela configure la cage thoracique dans laquelle ce cœur est logé, et régule le flux sanguin qui l'irrigue. L'informatisation permet de passer d'une appréciation qualitative à du quantitatif : et parce qu'on manipule des nombres, qu'on produit des indicateurs chiffrés, on risque de tenir pour objectif, réel, solide, ce qui n'est qu'une construction gestionnaire<sup>69</sup>. Ce qui est

---

<sup>65</sup> Vidaillet, B, Le sujet et sa demande d'être évalué : angoisse, jouissance et impasse symbolique, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/1, n°13, p.123-137.

<sup>66</sup> Chanut, V, Pour un agir évaluatif - Libre propos, *Revue française des affaires sociales*, 2010/1 n° 1-2, p. 51-70.

<sup>67</sup> Salais, R, Usages et mésusages de l'argument statistique : le pilotage des politiques publiques par la performance, *Revue française des affaires sociales*, 2010/1 n° 1-2, p. 129-147.

<sup>68</sup> Gibert, P, Contrôle et évaluation, au-delà des querelles sémantiques, parenté et facteurs de différences, *Revue française des affaires sociales*, 2010/1 n° 1-2, p. 71-88.

<sup>69</sup> Gori, R, Del Volgo, MJ, De la société de la norme à une conception managériale du soin, *Connexions*, 2009/1 n° 91, p. 123-147.

déterminant pour le contrôle n'est plus une surveillance par le regard, mais un recueil des traces que laissent les individus et qui contribuent à la construction du savoir qui porte sur eux et des normes qui les régissent, à travers une multitude de profils<sup>70</sup>. Le sens n'est plus construit par les acteurs mais il est donné par les chiffres. Il n'est plus nécessaire de rien expliquer ni de rien interpréter, ce serait terriblement subjectif, alors que la subjectivité est avantageusement remplacée par une variabilité statistique constamment mesurable<sup>71</sup>. Rendre compte de son action par des paroles est devenu parfaitement inutile, puisque les chiffres, inattaquables, parlent d'eux-mêmes<sup>72</sup>. En tant que chef de service, on ne me demande d'ailleurs plus rien, mais on me tend le miroir du tableau de bord où s'inscrit l'indice de performance de mon service. Protester contre son mode de calcul est inutile, puisque vous êtes en comparaison permanente avec tous les autres qui sont logés à la même enseigne. Quand l'indice s'améliore, est-ce qu'il y a en corrélation une amélioration de l'état du monde ? Cette interrogation n'est même plus légitime. Le langage a cette propriété syntaxique absolument phénoménale de la négation<sup>74</sup>. Quand le gestionnaire muni de ses indicateurs de résultats, ou le qualicien muni de ses indicateurs qualité, viennent montrer au médecin ce qu'il a fait (et qu'il ne peut nier puisque lui-même en a fourni les données sources à partir desquels les calculs ont été faits ; donc c'est objectif, donc c'est vrai, donc c'est indiscutable), l'opération la plus efficace ne réside pas dans cette monstration, mais dans le dit qui l'accompagne: « vous êtes en-dessous de la moyenne ». La performance du gestionnaire, la qualité du qualicien sont la négation de votre performance de travail, la négation de votre qualité des soins.

L'évaluation génère sa propre implémentation. En effet, chaque évaluation externe d'envergure, par exemple l'accréditation, est précédée d'une autoévaluation des évalués<sup>75</sup>: chacun est ainsi mis en disposition adéquate pour identifier les critères de qualité, les intérioriser, oublier les objectifs fondamentaux au profit de ceux qui font l'objet d'un contrôle, afin d'améliorer ses indices et

---

<sup>70</sup> Eric Sadin, *Surveillance globale, enquête sur les nouvelles formes de contrôle*, Paris, Climats, 2009.

<sup>71</sup> Quessada, D, « De la sousveillance » *La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité*, *Multitudes*, 2010/1 n° 40, p. 54-59.

<sup>72</sup> Le corps statistique est généré à partir de données brutes et inattaquables, incontestables, qui sont métabolisées dans un algorithme : la puissance normative est cachée sous l'apparente neutralité et l'adéquation au « réel » (Rouvroy, A, Berns, T, « Le nouveau pouvoir statistique » Ou quand le contrôle s'exerce sur un réel normé, docile et sans événement car constitué de corps « numériques »..., *Multitudes*, 2010/1 n° 40, p. 88-103.).

<sup>73</sup> Salais, R, art.cit.

<sup>74</sup> Virno, P, *Et ainsi de suite. La régression à l'infini et comment l'interrompre*, Paris, Editions de l'Eclat, 2013.

<sup>75</sup> C'est la même chose pour la recherche : Boure, R, De l'évaluation collégiale à l'évaluation à dominante gestionnaire, *Communication et organisation* [En ligne], 38 | 2010, mis en ligne le 01 décembre 2013. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/1391>.

finalement donner raison, donner sa raison auto-performative à la gestion par indicateurs<sup>76</sup>. Cette passion du contrôle est d'autant moins discutable dans les hôpitaux qu'on connaît les dangers réels qui résulteraient d'une négligence par rapport aux normes multiples qui réglementent le travail. C'est particulièrement vrai pour ce qui concerne le médicament. C'est encore plus vrai quand la responsabilité des acteurs peut devenir un objet juridique. Ceci explique probablement un certain empressement des acteurs eux-mêmes à la mise en place de toutes sortes de procédures de contrôle et de sécurisation. Cependant, la dimension performative du langage n'est pas assez prise au sérieux par les médecins qui disent subir l'évaluation mais n'ont de cesse d'en reprendre le vocabulaire, si bien que la novlangue du management devient une seconde nature, un langage naturel qui amène à l'existence de nouveaux objets et de nouvelles catégories.

Une des sources intimes du succès de l'évaluation résiderait dans le confort psychique qui en résulte<sup>77</sup>. Nous demanderions à être évalués pour trouver une réponse identitaire. Pour savoir qui je suis, j'attends de l'Autre qu'il me dise ce qu'il veut de moi. Soigner est un métier qui expose au doute, à propos de l'utilité, du sens, des risques, questions légitimes et intrinsèques à ce métier (comme pour enseigner, gouverner, éduquer, etc..). Il laisse un espace pour le jugement pratique. L'évaluation suggère de se délester de toute incertitude quant à ce qui est à atteindre. « Nous n'aurons plus le souci d'avoir à nous orienter et à nous conduire »<sup>78</sup>. Dans cette perspective, il faut cependant noter que le message qui vient de l'autre n'est jamais stable, puisqu'il s'agit toujours de faire plus et mieux, autrement dit, l'Autre n'est jamais satisfait, il ne répond jamais « c'est bien », ou « tu as bien travaillé ». Autrement dit, la question de la reconnaissance – si importante dans le travail- est sans cesse activée par les processus d'évaluation, mais sans cesse remise en cause par les mêmes processus.

### **Pratique dénaturée et nouvelle nature**

Quelle menace est portée par cette révolution culturelle ? Nous voulons pour terminer en indiquer un élément parmi d'autres qui mériteraient aussi d'être traités<sup>79</sup>.

---

<sup>76</sup> Salais, R, art.cit.

<sup>77</sup> Vidaillet, B, art.cit.

<sup>78</sup> Michaud,Y, Valeurs normes et évaluations, *Espaces Temps Les Cahiers* n°89-90, « Évaluer l'évaluation. Emprises, déploiements, subversions ». <http://www.espacestems.net/articles/lsequoivaleurs-normes-et-evaluationsrsquo/> (page consultée le 1<sup>er</sup> décembre 2013).

<sup>79</sup> Par exemple, ceux indiqués par Chanial, P, art. cit. : l'optimisation gestionnaire du temps ignore la temporalité du soin ; l'évaluation individuelle dénie la dimension collective du soin ; le soin procure du vital, qui est inestimable dans l'ordre des prix. Il conviendrait également d'adopter le point de vue de l'histoire, qui permettrait d'articuler la nouvelle donne dans une séquence de malentendus successifs (Voir Tabuteau,D, art.

Pourquoi la performance économique et le contrôle de la qualité sont-ils d'authentiques maléfices ? Pourquoi le débat sur les missions de l'hôpital n'est-il pas qu'une discussion de salon ? Pourquoi l'hôpital devrait-il continuer à s'assurer qu'il laisse place à la pensée individuelle et devrait défendre une certaine autonomie des acteurs ?<sup>80</sup> Un des enjeux de la qualité du service rendu à l'hôpital est la capacité de réactivité, d'adaptation à l'inconnu et à l'imprévisible, que ce soit à l'échelle d'une nouvelle épidémie ou à celle du malade individuel. Une disposition disponible à l'imprévu est d'autant plus préservée que l'essentiel de ce qui est à faire est assuré par la répétition de ce que l'on sait déjà faire<sup>81</sup>, l'incorporation des compétences dans un habitus, ou des automatismes qui servent de support à l'autonomie et à l'acquisition de compétences supérieures<sup>82</sup>. Cette capacité est entravée par l'évaluation généralisée, qui suppose pour chacun le contrôle conscient de ce qu'il doit faire et de la manière d'en rendre compte par une trace. La confiance accordée aux soignants sur leurs compétences de métier s'est érodée<sup>83</sup>. Or ces compétences sont largement mises en œuvre hors du contrôle conscient, ce qui ne signifie pas qu'elles sont hors contrôle, mais que le soignant fait implicitement confiance à ce qu'il a internalisé dans une disposition et des savoirs tacites. Si un contrôle réel de toutes les actions est exigible, alors la base, le socle incorporé de la pratique ne pourra même plus se constituer, puisque se faire confiance suppose précisément de ne plus contrôler le détail du déroulement des opérations cognitives. La performance professionnelle qui repose sur cette base aussi fiable que celle d'un culbuto est considérée comme insuffisamment traçable pour être crédible et donc accréditée, précisément parce qu'on ne peut en rendre compte de la manière dont la reddition de comptes est aujourd'hui exigible. La conséquence est la suivante : l'inédit potentiel de chaque situation ne suscite plus l'adaptation du culbuto, mais un achoppement qui fait trébucher. Dans le prologue du Zarathoustra de Nietzsche, un bouffon diabolique pousse un cri qui renverse le danseur de cordes<sup>84</sup>. Le funambule a besoin d'un tact qui reconstitue tacitement et

---

cit ou Pierru, F, op. cit.). La philosophie politique peut également servir d'analyseur, car la situation du NPM est une facette qui montre la crise de légitimité de l'Etat de droit face aux exigences du marché global (voir par exemple : Naishtat, F, Gouvernance, souveraineté et catastrophe. L'ontologisation de la crise et la philosophie du présent, *Diogène*, 2009/4 n° 228, p. 60-71).

<sup>80</sup> Pour un parallèle avec l'Université, voir Gingras, Y, Sept thèses sur l'Université, *Analyses et discussions*, n°8, printemps 2006, pp. 29-34. Texte disponible sur le site <http://classiques.ugac.ca/>.

<sup>81</sup> Bibard, L, Quand la perte de sens met à mort l'organisation, *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2012/46 Vol. XVIII, p. 317-330.

<sup>82</sup> Leplat, J, Les automatismes dans l'activité : pour une réhabilitation et un bon usage, *@ctivités*, 2005, vol.2, n°2, 43-68.

<sup>83</sup> Bibard, L, Le théâtre comme vecteur de la quête du sens dans l'apprentissage du management, *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2012/46 Vol. XVIII, p. 291-299.

<sup>84</sup> Nietzsche, F, *Ainsi parlait Zarathoustra, un livre qui est pour tous et qui n'est pour personne*, Traduction Maurice de Gandillac, Paris, Gallimard, 1971.

inconsciemment le savoir de la corde et du corps<sup>85</sup>. Quand il est à son affaire, il est presque aussi stable qu'un culbuto. Quand le bouffon de l'évaluation et du contrôle le somme de rendre des comptes sur ce qu'il est en train de faire, il ne peut plus que tomber. Il n'a aucune force critique pour résister, car ce tact « se dissout dans le revendication de sa propre existence »<sup>86</sup>.

La microcréativité des soignants est entravée par le contrôle de conformité aux procédures, parce que l'action est rapportée à la seule gestion de son objet sous contrôle. La confiance dans l'incorporation tacite de ce qui est à faire se défait rapidement, comme s'atrophie rapidement un muscle sous le plâtre qui venait temporairement corriger une défaillance. Sous la coquille des procédures, ne peuvent s'abriter que des mollusques, ce qui rend le contrôle de plus en plus objectivement nécessaire. Les belles notions de qualité des soins, de responsabilité, deviennent les instruments mêmes par lesquels la puissance d'agir se délite, la pratique se vulnère, l'ethos se transforme. Ces altérations auxquelles les acteurs eux-mêmes ont contribué deviennent les justifications secondes de la nécessité de la novlangue, renforçant leur légitimité, et ainsi de suite à l'infini<sup>87</sup>... Comme le dit Emmanuel Diet, « le discours managérial ne peut s'imposer comme séducteur que sur un champ de ruines : il ne trouve prise que là où les sujets ont déjà été soumis à la disqualification de leurs valeurs et savoirs de référence, soit du fait d'un échec intrinsèque, soit sous le coup d'attaques extérieures sur la pratique, les liens et la pensée »<sup>88</sup>. La perspective de la médecine comme technê, avec ce qu'elle suppose de jugement pratique, mais aussi d'effort, d'habileté, de savoir-faire, d'ingéniosité<sup>89</sup>, est d'autant plus facilement rendue invisible<sup>90</sup> que l'exercice du jugement pratique s'atrophie de lui-même<sup>91</sup> par le recours exponentiel aux référentiels, recommandations<sup>92</sup>, systèmes experts, *evidence-based medicine*<sup>93</sup>. Il ne s'agit pas de remettre en

---

<sup>85</sup> Resweber, JP, Le soin : affaire de technê et de tact, in JP Resweber (dir.) *Les gestes de soin*. Metz : Editions du Portique (coll. Cahiers du Portique), 2003, pp. 85-103. Kant, E, *Critique de la faculté de juger*. Traduction A Philonenko, Paris, Vrin, 1984.

<sup>86</sup> Comme le dit avec élégance Joëlle Le Marec dans un tout autre contexte : Le public, le tact et les savoirs de contact, *Communication et langages*, 2013, n°175, p. 3-25.

<sup>87</sup> Virno, P, op.cit.

<sup>88</sup> Diet, E, art.cit.

<sup>89</sup> Dejours, C, Gernet, I, art. cit.

<sup>90</sup> Weber, JC, Rondeau-Lutz, M, De la non-pertinence hospitalière à l'impertinence de la médecine, *Revue de Médecine Interne*, 2008 ; 29: 436-7.

<sup>91</sup> De manière très générale, la délégation de la décision à des systèmes experts corrode l'autonomie humaine. de Mul, J, Des machines morales, *Cités*, 2009/3 n° 39, p. 27-38.

<sup>92</sup> Rolland, C, Sicot, F, art. cit.

<sup>93</sup> Cette connaissance produite, fondée sur des preuves expérimentales, doit certes entrer dans l'équation complexe du jugement particulier produit ici et maintenant quand le médecin soigne Callias ou quand je soigne Socrate. Par contre, l'erreur se produit quand il suppose que le traitement A **va guérir** Callias **parce que** A a montré une efficacité statistiquement supérieure à B dans le traitement d'une collection de gens qui ne sont ni Callias, ni Socrate. Le clinicien prudent est celui qui à la fois tient compte des résultats des essais cliniques, mais ne s'en sert pas comme d'une règle qui impose une réponse réflexe.



cause leur existence, mais leur usage et de proposer de les profaner, c'est-à-dire de les restituer à l'usage commun, au lieu de les sacraliser ou de chercher à les détruire<sup>94</sup>.

L'usage profane de ces normes revient à considérer la place du jugement pratique par rapport à la règle<sup>95</sup>. Aucune règle (loi, norme) ne fournit d'indications sur la manière dont le cas particulier doit être traité. Elle reste une opinion sur ce qui doit être fait, et un même contenu normatif rend possible des actions parfois fort opposées. Le malentendu porte sur la nature du hiatus entre la règle et son application : soit il est irréductible, ouvrant l'espace du jugement pratique, soit « le moment de l'application est réduit à une variable dépendante du concept de règle » (Virno), auquel cas il sera nécessaire d'introduire des instructions pour libérer des hésitations quant à la manière de lui obéir. Le Nouveau Management Public instille des préférences au sein des multiples actions possibles, et pèse de manière déterminante sur les choix des acteurs, c'est-à-dire abolir la dimension de potentialité qui est ouverte par la seule existence de la distance entre le stimulus de la règle et la tâche pratique, distance que chaque acteur en son jugement franchit d'une manière contingente et non entièrement prédictible. Le jugement pratique de la délibération semble être l'ennemi déclaré des procédures destinées à améliorer la fiabilité du résultat. Les procédures et protocoles entendent déterminer plus précisément le comportement des acteurs que ne pouvaient le faire les règles insuffisamment détaillées. Mais si l'absence de détermination absolue des conduites est peut-être un risque de désorientation, c'est aussi la condition de pouvoir y remédier par l'invention *hic et nunc* d'un comportement qui n'était pas prédictible. La sacralisation de la règle, comme celle de l'expertise, va de pair avec le rejet de ce domaine du jugement (trop arbitraire, pas prouvé, trop incertain, trop risqué), ce qui fait que les acteurs s'amputent quasi-volontairement de ce qui faisait l'essence même de leur qualité, parce que l'hésitation à cet endroit est devenue inacceptable. L'institution protégeait de l'extension à l'infini des incertitudes, limitait la contingence, elle vient maintenant, en se transformant en entreprise, exposer à de nouvelles incertitudes. Ce qui était certain ne l'est plus. L'appareillage institutionnel qui tenait en bride une part importante de l'incertitude, mais ne touchait pas au cœur de la pratique, est le lieu même d'un débridement qui porte maintenant sur son cœur. Il en résulte un sentiment d'inquiétante étrangeté, parce que ce qui était le plus familier se révèle être lui aussi inquiétant. Soyons-en sûr, cela va générer d'autres jeux

---

<sup>94</sup> Cette idée, suggérée par Giorgio Agamben (*Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Paris, Payot Rivages Poche/Petite Bibliothèque, 2003), a été développée à propos des biotechnologies dans Weber JC, Des biotechnologies à la pratique clinique : innovations et dommages collatéraux, in Le Dref Gaëlle, Thomas Droulez et Catherine Allamel-Raffin (dir.), *Les Usages du Vivant : Enjeux des Biotechnologies*, Strasbourg : Néothèque, 2011, p. 65-80.

<sup>95</sup> On se reportera à Paolo Virno, op. cit., à JP Resweber, art.cit, et à Vincent Descombes (*Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Paris, Seuil, 2007).

d'habitudes. Les acteurs vont incorporer facilement la novlangue<sup>96</sup> : cela répond à un impératif « bio-anthropologique »<sup>97</sup> de réduire l'incertitude autant que faire se peut, et donc de se sentir en familiarité avec le nouveau biotope : un habitus nouveau est en train de naître, une mutation culturelle qui deviendra une seconde nature<sup>98</sup>.

---

<sup>96</sup> D'ailleurs, le pouvoir « en appelle à un agent autonome, c'est-à-dire quelqu'un qui soit capable de faire sienne, en lui obéissant, la règle de conduite qui lui a été prescrite ».

<sup>97</sup> L'expression est de Paolo Virno, op. cit.

<sup>98</sup> Les professionnels ne sont pas en reste. Des praticiens hospitaliers ont participé à la Mission nationale sur l'exercice médical à l'hôpital, chargée de porter un diagnostic et de faire des propositions pour fonder un « exercice médical renouvelé ». Se fondant sur une enquête menée auprès des praticiens eux-mêmes, les propositions sont certes attentives à l'amélioration des conditions de travail, mais ne remettent nullement en cause le « pilotage », la gestion ni la performance. Au contraire, c'est un contrat individuel qui est réclamé, avec le souhait qu'en sortira une meilleure reconnaissance. Aubart, F, Delmotte, D, Jacob, A, Pruvo, JP, Veran, O, Exercice médical à l'hôpital, Rapport de la mission nationale, juillet 2011.

[http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Final.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Final.pdf)