

Encyclo

Revue de l'École doctorale ED 382

Économies

Pensée critique

Espaces

Politique

Sociétés

Pratiques sociales

Civilisations

CORINE RENAULT*

UNE LECTURE SOCIO-CLINIQUE DU PROCESSUS DE NORMALISATION A L'HOPITAL

Ce texte propose une interprétation socio-historique du processus engagé à l'hôpital depuis les années 1980 au travers de multiples dispositions ou réformes qui renforcent l'encadrement règlementaire et normatif des activités soignantes. Dans ces lignes, nous nommerons cet enchaînement de changements « processus de normalisation » en le considérant comme spécifique à l'avancée de la rationalisation dans le contexte social hospitalier. Nous traçons une perspective pour saisir les mécanismes de ce processus et nous informer sur sa visée au sens de la sociologie compréhensive. Nous mettrons en rapport cette visée avec la théorie des systèmes, en particulier l'analyse des procédures juridiques développée par Niklas Luhmann, pour avancer dans l'exploration du processus de changement. Ce sociologue s'attache à mettre en évidence non pas tant « la fonction remplie par » la procédure, « mais le dévoilement des problèmes qu'elle résout »¹. Nous questionnerons la *normalisation* : quelle est sa visée, quels problèmes cherche-t-elle à résoudre au vu des configurations et des contenus normatifs proposés. L'approche est *clinique*². Elle se fonde sur le postulat qu'il y a continuité entre le macro-social et le micro-social. Autrement dit, le macro-social s'impose aux acteurs et dans le même temps est pour partie conditionné par leur action. Ce principe de récursivité est au cœur de la préoccupation dont cet article se fait l'écho. Le travail de recherche à la base de cet article s'appuie sur un temps d'immersion

* Paris Diderot – Paris 7 / Laboratoire de Changement Social et Politique (LCSP).

¹ Niklas LUHMANN, *La légitimation par la procédure*, Paris, Les Presses de l'Université de Laval, collection Diké, 2001.

² On pourra se reporter aux deux ouvrages de référence suivants : Vincent de GAULEJAC, Fabienne HANIQUE, Pierre ROCHE (dir.), *La sociologie clinique : enjeux théoriques et méthodologiques*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2007 ; Mireille CIFALI, Florence GIUST-DESPRAIRIES (dir.), *De la clinique : un engagement pour la formation et la recherche*, Bruxelles, Éditions De Boeck Université, 2006 et particulièrement l'article de Florence GIUST-DESPRAIRIES, « La clinique : enjeux d'une position épistémologique ».

d'une quinzaine d'années comme intervenant auprès des professionnels de tous métiers (médicaux, soignants, administratifs, médico techniques) dans tous types d'établissements hospitaliers (généralistes, universitaires, locaux, psychiatriques). Cette immersion a été suivie d'un travail de recherche clinique engagé auprès des professionnels de trois hôpitaux complété par une enquête qualitative réalisée avec des experts et des représentants du secteur qui ont contribué au développement normatif hospitalier (notamment auprès du Centre de gestion scientifique de l'école des Mines, d'intervenants enseignants au Groupe de l'école des Hautes études commerciales, de chargés de mission à l'Agence Régionale de Santé, de membres de la Haute Autorité en Santé). Nous nous intéressons dans cet article à l'analyse des processus par lesquels les professionnels contribuent au renforcement normatif, s'y adaptent ou y résistent. L'analyse de ce processus permet de dégager l'interprétation suivante : la normalisation vise à installer des mécanismes permettant d'autonomiser par son automatisation l'action effective de l'action sociale des individus. C'est donc l'éviction du professionnel comme sujet décisionnel qui est au cœur du projet normatif.

Parmi les changements constituant *la norme* nous incluons différentes réformes dont l'accumulation peut apparaître a priori comme le résultat d'inflexions politiques diverses. La réforme la plus significative est la mise en place du Programme médicalisé du système d'informations (PMSI) qui vise à rapprocher dans un système d'informations unifié les données d'activités médicales et les données de gestion. La Tarification à l'activité (T2A) prolonge cette orientation en liant directement le financement des établissements à leur activité. Nous intégrons aussi dans nos analyses les réformes qui modifient la structure et les relations entre les établissements et les tutelles : la régionalisation de l'offre de santé à partir des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ; le déploiement d'une certification qualité dont les versions successives intensifient et généralisent la pression prescriptive notamment par l'institution progressive des indicateurs de suivi obligatoires dont ceux concernant les infections nosocomiales coordonnés par le Ministère en charge de la santé et ceux concernant la qualité et la sécurité de la prise en charge coordonnés par la Haute autorité en santé (HAS) ; l'installation par la loi sur la nouvelle gouvernance³ des pôles ainsi que le développement de la contractualisation sur la base d'engagements sur des objectifs; la loi Hôpital patients santé territoire (HPST), dite loi

³ L'ordonnance du 2 mai 2005 structure la coopération entre les médecins et les responsables administratifs prévue dans le « plan Hôpital 2007 ».

Bachelot, dans ses multiples facettes (notamment renforcement de l'organisation polaire, encouragement des regroupements inter établissements, enracinement de la notion de territoire de santé pour structurer l'offre de soins) ; la définition de la notion juridique de droit des malades par la loi du 4 mars 2002. Ces réformes, on le voit, touchent des domaines d'action très différents, financier, médical et soignant, éthique, organisationnel et logistique. Elles sont envisagées dans cet article comme un tout et non pas séparément. Elles restructurent le cadre et les moyens d'intervention des professionnels. Il ne s'agit pas de décrire dans ces pages le détail de ces réformes ni l'étendue de leurs conséquences concrètes mais de proposer une interprétation sur la situation que connaît l'hôpital depuis les années 1980 à partir du constat d'une accélération forte des changements depuis la mise en place de la T2A et les transformations impulsées par l'évolution de ce que les acteurs du secteur nomment « la gouvernance hospitalière ». La réflexion prend appui sur différents travaux, notamment ceux pilotés par Jean-Noël Du Pasquier et Gilbert Rist⁴ qui considèrent la nouvelle gestion publique, le « néomanagérialisme » comme une conséquence et un signe de l'extension aux secteurs publics d'une rationalité de type gestionnaire. Cette rationalité instrumentale serait la forme prise à l'hôpital par le processus de rationalisation. La suite de cet article s'attache à analyser pourquoi cette forme spécifique de rationalité s'est peu à peu imposée dans les structures hospitalières.

La succession des réformes fait partie d'un processus à long terme au sens proposé par Norbert Elias et sa sociologie des processus. Pour Sabine Delzescaux, Norbert Elias « tient le changement social à long terme pour un changement structuré et orienté »⁵. Pour lui, les processus, bien qu'orientés, ne renvoient pas nécessairement à une intentionnalité des acteurs. Dans cette perspective, nous proposons d'analyser le changement social à l'hôpital tel que caractérisé par la multiplication des réformes comme le résultat d'une dynamique produite par le jeu des interdépendances sociales et des rapports de pouvoir.

⁴ Jean-Noël DU PASQUIER, Gilbert RIST « *Le néomanagérialisme : un fait social total* », in Marie-Dominique PERROT, Jean-Noël DU PASQUIER, Dominique JOYE, Jean-Philippe LERESCHE, Gilbert RIST (dir.), *Ordres et désordres de l'esprit gestionnaire : où vont les métiers de la recherche, du social et de la santé ?*, Paris, Éditions réalités sociales, 2006.

⁵ Sabine DELZESCAUX, *Norbert Elias – Une sociologie des processus*, Paris, L'Harmattan, « Logiques sociales », 2001, p. 40.

Nous considérons que ces changements sont l'expression de logiques complexes, contradictoires qui œuvrent pour installer, au sein de l'hôpital, des mécanismes de régulation et de décision qui s'autonomisent des actes et des décisions individuels des professionnels. Sans rendre compte de la chronologie des réformes, reprenons l'analyse des effets en termes d'avancée dans la « normalisation » avant de remonter à l'analyse des causes.

La congruence des réformes hospitalières

Le système de santé est confronté à des changements majeurs qui s'imposent par dispositions réglementaires depuis une quinzaine d'années. Ce système est constitué de l'ensemble des acteurs et des entités qui participent à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé, de ses prestations, de son financement et de son évaluation. Ainsi que nous l'avons évoqué, plusieurs réformes successives ont transformé fortement le contexte dans lequel l'hôpital évolue.

À partir de 2005, s'est mise progressivement en place la T2A qui conduit à un changement du modèle de financement de l'offre de soins (de la dotation à l'acte) rapprochant la logique de financement des soins hospitaliers publics de celle du secteur privé. Cette tarification a été rendue possible par le Programme médicalisé du système d'informations (PMSI) qui repose sur un codage systématique des activités médicales hospitalières de soins aigus (hors personnes âgées et psychiatrie). Aussi, malgré leurs réticences initiales, les professionnels médicaux sont amenés à rendre compte de toutes les activités de soins réalisées dans les unités fonctionnelles. Cet outil importé des États-Unis a été mis en place progressivement à partir du milieu des années 80. Ce codage est, depuis la mise en œuvre généralisée de la Tarification à l'activité, à la base du financement hospitalier. Dans le secteur médico-social où l'activité médicale n'est pas aussi centrale, d'autres mécanismes prescriptifs sont mis en place par le biais de procédures d'évaluations internes et externes qui font pression sur les pratiques professionnelles et accroissent les exigences de traçabilité inconnues jusque là dans ce secteur.

PMSI, T2A et évaluation ont pour objectif d'introduire le raisonnement gestionnaire au cœur des métiers de soins qui en étaient dépourvus jusque dans les années 1980. Nous considérons que la culture gestionnaire a été diffusée en premier lieu comme véhicule symbolique et non pour son potentiel économique. Il faut souligner en effet que PMSI et plus particulièrement la mécanique de la T2A ont

engendré des comportements de maximisation de l'activité et donc, dans ce système économique basé sur la prescription, de surconsommation médicale. Aussi, les premières années de mise en place généralisée de la T2A ont été marquées par des dérapages financiers en particulier dans les gros établissements, les Centres hospitaliers universitaires (CHU), qui ont justifié la définition des Plans de retour à l'équilibre (PRE) imposant des contraintes de gestion. Ainsi, par des conséquences paradoxales, l'introduction de la logique gestionnaire justifie son renforcement.

François Danet décrit ainsi cette évolution : « il s'agit d'une « innovation organisationnelle » proposée par une « élite d'experts », qui par sa logique cybernétique, est tout à fait congruente avec le développement des industries de l'information promu par la globalisation économique »⁶. L'auteur ajoute en citant Serge Latouche « l'avènement de l'hôpital-entreprise s'inscrit dans un processus « d'économisation du monde, c'est à dire de transformation de tous les aspects de la vie en questions économiques, sinon en marchandises »⁷. Vincent de Gaulejac précise :

« La gestion comme idéologie légitime une approche instrumentale, utilitariste et comptable des rapports entre l'homme et la société. [...] L'humain devient un capital qu'il convient de rendre productif. [...] La gestion [...] devient un métalangage qui influence fortement les représentations des dirigeants, des cadres, des employés des entreprises privées, mais également des entreprises publiques, des administrations et du monde politique »⁸.

Ce modèle fondé sur la rationalisation gestionnaire était, jusqu'à une période récente, peu contraignant. D'un côté, se développe un travail de prescription de normes considérable. De l'autre côté, l'observateur est frappé par le manque d'efficacité du modèle et également par l'absence de sanctions en cas de non-respect des normes. Ainsi en 2001, Albert Ogien, directeur de recherche au CNRS, insiste déjà sur les paradoxes du contrôle. Plus récemment en 2010, Jean-Claude Moisdon du Centre de Gestion Scientifique de l'École des Mines analyse les impacts décevants de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement⁹. Nous formulons

⁶ François DANET, *Où va l'hôpital ? Quelques réflexions pour sortir du catastrophisme*, Paris, Desclée de Brouwer, 2008, p. 157.

⁷ Serge LATOUCHE « la mondialisation démystifiée » cité par François DANET, *Où va l'hôpital ?*, *op.cit.*, p. 158.

⁸ Vincent de GAULEJAC, *La société malade de la gestion*, Paris, Seuil, 2005.

⁹ Jean-Claude MOISDON, Michel PEPIN, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé ». Rapport pour la DREES, mai 2010.

l'hypothèse qui semble corroborée par notre expérience d'intervenant dans les hôpitaux que nous entrons dans une nouvelle phase de montée en régime normatif après une phase initiale d'installation de son cadre prescriptif.

Le principe de comparabilité comme opérateur de la rationalisation à l'hôpital

Explorons ce phénomène « d'économisation » de la prise en charge des patients à l'hôpital. Quelles sont la nature et la dynamique de ce changement ? Sur quoi porte-t-il ? Quelles en sont les causes ? Quelle est son ampleur ?

Bien que la période de mise en place des réformes apparaisse comme relativement courte, environ 15 ans, il faut s'intéresser au moment à partir duquel a commencé à s'introduire dans l'ensemble des services publics en France la notion de « prestation de service » et son complément la relation dite « clients-fournisseurs ». Les analystes situent ce tournant au début des années 1980, période à partir de laquelle la gestion publique s'est rapprochée de la gestion privée.

Concernant les services publics (la santé, mais aussi le transport...), ce phénomène traduit le basculement d'un système de rationalité orienté sur des valeurs à un système de rationalité orienté sur des finalités. Dans les termes utilisés par les sociologues à la suite de Weber, le tournant des années 1980 marque le passage de l'éthique de la conviction à celle de la responsabilité. Cette période est ainsi marquée par le développement d'un langage et d'outils spécifiques guidés par des préoccupations gestionnaires. Pourtant, sur le terrain, la plupart des professionnels restent attachés aux valeurs souvent à l'origine de leur engagement professionnel.

Deux grandes séries de valeurs caractérisent l'hôpital : un attachement fort à la notion de service public et à ses principes d'égalité, de continuité, d'adaptabilité et d'accessibilité ; et celles associées au soin et à l'assistance aux personnes souffrantes portées par un Ordre professionnel encore autonome de l'univers de la gestion. En termes processuels, quinze années de sensibilisation et d'acculturation au langage de la gestion ont été nécessaires avant « le passage à l'acte » du législateur. Ce passage à l'acte se caractérise par l'aspect à la fois massif des interventions réglementaires, l'ensemble des dispositions évoquées au paragraphe deux en témoigne, et orienté – au sens de Norbert Elias. Chaque nouvelle étape augmente le

potentiel de transformation des précédentes et provoque une accélération du changement considérable¹⁰.

À l'hôpital, la loi sur la nouvelle gouvernance en 2005 et la loi HPST imposent une nouvelle organisation en pôles d'activités à partir d'un pouvoir renforcé du directeur. Le pôle est un nouvel acteur situé entre la direction et les services médicaux. Son rôle consiste à réguler à la fois l'activité médicale et soignante et la gestion.

Il est décrit de la façon suivante par l'article 13 de la loi HPST : Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre... Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activités conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activités quand l'effectif médical de l'établissement le justifie [...] Le praticien chef d'un pôle clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle.

Le niveau politique via les services de l'État impose aux directions d'établissement hospitalier de mettre en œuvre l'organisation polaire sur la base d'un contrat. La loi HPST dans son article 13 définit le contrat « ... Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle... ».

Le pôle s'intercale ainsi dans la structure entre les services opérationnels et la direction. Les services opérationnels sont représentés par deux niveaux : les unités fonctionnelles, premier niveau d'agrégation des activités, et les services qui regroupent une ou plusieurs unités fonctionnelles dans une logique de spécialité médicale. Tous les hôpitaux ont été amenés à repenser, par tâtonnements successifs, leur structure et leur mode de gouvernance, c'est-à-dire leur mode de coordination et d'intégration, pour appliquer cette réforme réglementaire et installer ce nouvel acteur qu'est le pôle.

¹⁰ Ce terme d'accélération est emprunté au corpus conceptuel proposé par Harmut ROSA, *Accélération, une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte, 2010.

La vision sous-jacente à l'ensemble des dispositions évoquées conduit à un modèle dans lequel les unités de soins deviennent en quelque sorte des unités de production organisées en fonction de la technicité incorporée, de la spécialisation disciplinaire et de la segmentation par marchés – les personnes âgées, les enfants, ou encore les personnes atteintes de cancer nécessitant une chimiothérapie ambulatoire. La rationalisation – adéquation quantitative et qualitative de l'offre à la demande – est réalisée au niveau des pôles à l'aide d'un outillage technico-économique composé d'indicateurs, de tableaux de bord et de normes issues de la comparaison entre les activités ou entre les établissements. Ce modèle superpose aux activités soignantes la matrice transversale de la gestion et du management. Par le terme de « normalisation », nous désignons l'étape de diffusion de ce modèle. L'organisation polaire est un moyen pour organiser la normalisation. C'est également l'outil indispensable pour affaiblir dans la structure d'organisation le niveau du service, le plus directement affilié aux logiques idéologique et fonctionnelle des sociétés savantes et des hiérarchies médicales, extérieures à l'univers gestionnaire. Nous considérons que ce projet d'affaiblissement est au cœur du projet de rationalisation dans ses modalités empiriques et constitue le point d'entrée dans le régime normatif.

Selon Max Weber, « Le processus social renvoie à la séquence et à l'enchaînement des événements, des phénomènes, des actions dont l'ensemble constitue la démarche de changement. Le processus ne nous explique pas le changement, il nous en raconte le déroulement dans le temps ».

Quel est le déroulement de ce processus ? Au cours de nos entretiens, Jean-Claude Moisson, chercheur de l'École des Mines et co-fondateur du Centre de gestion scientifique (CGS), et Michel Crémadez, professeur de stratégie au groupe des Hautes études commerciales (HEC) et spécialiste du management stratégique hospitalier, décrivent ainsi le déroulement de ce processus. À partir des années 1980, plusieurs démarches se développent en parallèle sans véritable mise en cohérence. L'identification et le recensement des pratiques considérées comme les meilleures ont donné lieu à l'élaboration de protocoles médicaux (en premier lieu en cancérologie et en chirurgie) qui se sont étendus à la totalité des pratiques soignantes. Les démarches qualité et notamment l'accréditation se sont également généralisées diffusant progressivement une approche méthodologique commune.

Parallèlement, des expériences ont donné lieu à des codages sophistiqués (catégories diagnostiques, regroupement des malades par

pathologies,...) dans un certain nombre d'établissements pilotes constituant les bases de données. Les tarifs de la T2A sont progressivement élaborés. Il faut également souligner une initiative des professionnels infirmiers attachés à formaliser les prises en charge individuelles des patients et à évaluer les moyens nécessaires à l'aide des référentiels de charge en Soins infirmiers individualisés à la personne soignée (les SIIPS). Toutes ces démarches sont conduites au gré des initiatives et des rapports de force entre les différents types d'acteurs (médecins, professionnels notamment infirmiers, gestionnaires, politiques).

Plus récemment, l'organisation polaire ajoute un niveau supplémentaire d'efficacité au système en intégrant à la structure d'organisation un acteur, encadré par un contrat, chargé de suivre l'ensemble des indicateurs et de réaliser les ajustements nécessaires. C'est donc un travail en profondeur qui s'accomplit visant à rationaliser les décisions et les actions au moyen d'une certaine standardisation. Toutes ces démarches ont pour but d'établir des normes d'action communes. Abouti, ce processus de normalisation permettrait de contourner l'épineuse question des choix (quels patients, quelle prise en charge...) en donnant comme naturel l'alignement sur une norme établie à partir de l'observation des pratiques dans un échantillon d'établissements et avec le consentement de représentants des acteurs parties prenantes.

Sur le terrain, on constate dans de nombreux établissements une augmentation de l'absentéisme et du *turnover*, notamment du personnel soignant. Ces constats se couplent à une envolée du travail de prescription et des projets de réorganisation. Il apparaît nécessaire d'approfondir la compréhension des enjeux de la normalisation.

Le dilemme posé par l'accélération de la croissance simultanée des possibilités thérapeutiques et des besoins

Interrogeons ce que Max Weber nomme le « sens visé » en identifiant, ainsi qu'Émile Durkheim nous engage à le faire, la fonction de la normalisation. Il s'agit de discerner les motifs conduisant à instaurer une nouvelle forme de régulation par la norme.

L'introduction de la notion de *prestation de service* et de la relation dite *clients-fournisseurs* s'est traduite à l'hôpital par l'identification de segments d'activité à l'intérieur des disciplines complexifiant ainsi la représentation que l'on pouvait avoir de l'activité hospitalière. Plusieurs niveaux d'analyse se révèlent ainsi à la lecture des besoins de soins : des populations - femmes, enfants ou

encore personnes âgées -, des pathologies spécifiques transversales à plusieurs localisations organiques - notamment le cancer dans toutes ses variantes : hématologie, parties molles, os..., des pathologies dites chroniques que le cancer devait aussi rejoindre au fur et à mesure des avancées thérapeutiques – diabète ou asthme par exemple.

Cette segmentation dite *stratégique* se développe parallèlement à la progression des possibilités thérapeutiques et des évolutions technologiques qui modifient rapidement les modalités de prise en charge des patients.

Le développement des techniques non invasives conduit à l'éviction de certaines techniques chirurgicales, c'est le cas notamment avec la cœlioscopie. Le développement considérable des techniques d'imagerie entraîne une modification rapide des conditions diagnostiques et thérapeutiques avec la généralisation du recours au scanner, à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), ou encore à la médecine nucléaire. Ainsi se transforme le paysage des activités médicales et chirurgicales dites MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) dans le sens d'une différenciation croissante produite par l'augmentation de la spécialisation. Cette transformation dans le sens d'une amélioration des possibilités thérapeutiques se réalise généralement dans un contexte d'allègement des phases de prise en charge technique : traitements moins invasifs et détection plus précoce se combinent pour modifier les conditions d'hospitalisation. Les durées sont plus courtes, parfois sans hébergement. C'est le développement des modalités de prise en charge alternatives à l'hospitalisation. Dans les pathologies pour lesquelles elle est possible et lorsque l'état du patient le permet, la prise en charge est réalisée sur la journée ou la demi-journée (prise en charge ambulatoire).

Dans le même temps, les évolutions démographiques au sein des sociétés occidentales sont notables et poussent fortement à l'accroissement de la demande de soins. L'espérance de vie croît spectaculairement depuis le début des années 1990, de l'ordre de deux mois gagnés par année, et la progression en âge des personnes nées pendant le *baby-boom*, engendre un vieillissement programmé de la population, déjà largement amorcé. Il faut également souligner le développement des moyens d'information des patients et des familles.

Aussi, l'amélioration des possibilités thérapeutiques couplée à la technicisation des prises en charge (augmentation considérable d'actes techniques coûteux et développement de molécules onéreuses) est conjuguée à l'augmentation de la demande médicale et soignante contribuant à une envolée du coût global engendré par la demande sanitaire. Le contexte économique de la santé est alors caractérisé par

un déséquilibre croissant entre les besoins – les progrès techniques continuent à croître, la demande continue à augmenter – et les capacités de financement. Le besoin de coordination entre l'ensemble des registres technique, démographique, économique augmente illustrant ainsi les principes d'interdépendance réciproque et fonctionnelle mis en évidence par Durkheim.

La question posée au politique est celle de l'élaboration d'un modèle permettant de réaliser les choix politiques et stratégiques et de les mettre en œuvre. Les questions sont nombreuses et sont traitées dans un premier temps avec les outils disponibles à la fin des années 1980 en particulier la planification qui consiste à répartir l'offre de santé sur le territoire. De nouveaux outils se diffusent : les projets d'établissement dits *projets stratégiques*, les schémas sanitaires... La régionalisation se met en place. Les évolutions se font lentement sur le terrain et les déficits se creusent.

Nous pouvons évoquer ici la notion, proposée par Hartmut Rosa, de désynchronisation fonctionnelle entre les champs politique, économique et sanitaire. Le mode de répartition du pouvoir à l'hôpital augmente l'écart entre les attentes des acteurs politiques et les logiques de fonctionnement des personnels médicaux et soignants. C'est alors que les réformes se multiplient et que leur rythme d'introduction s'accélère.

La répartition du pouvoir à l'hôpital est fondée sur un rapport de domination spécifique. Il est apparenté à d'autres organisations également fondées sur des corps professionnels puissants comme l'enseignement notamment. À l'hôpital et jusqu'à une période récente, le corps administratif n'exerçait aucune autorité effective sur le corps médical ni en termes de recrutement, ni en termes de contenu et de modalités de travail, ni en termes d'arbitrage. Trois sources d'autorité coexistent. L'autorité médicale et l'autorité soignante sont toutes deux encadrées par des règles et un code déontologique fort. L'autorité soignante apparaît généralement en situation de médiation entre les médecins et les gestionnaires. Historiquement fort, le pouvoir médical fonde sa légitimité sur le savoir médical. Son intérêt est orienté vers le développement de son expertise et de ses activités. Ceci, grâce au progrès technique, se traduit par l'augmentation considérable des possibilités médicales.

L'accroissement de la pression politique et économique pose avec insistance la question de la régulation de l'offre de soins. Différentes tentatives se multiplient, via la planification régionale, sans réussir à proposer des modalités de décision satisfaisantes. Un mécanisme différent s'installe avec la normalisation. Le processus de

normalisation contourne la question des choix – quels patients, quelle prise en charge nécessitant quels moyens – en donnant comme naturel l'alignement sur une norme établie à partir de l'observation des pratiques dans un échantillon d'établissements. En premier lieu, la normalisation, par l'application d'un principe de comparabilité, instaure au sein des professions médicales et soignantes une forme de compétition, absente jusque-là des considérations propres à ces corps de métiers puissants organisés sur le principe de la relation duale entre le patient et son médecin, le *colloque singulier*. En second lieu, la *normalisation* désigne ce qui constitue la norme et ce qui s'en éloigne afin de procéder à une standardisation des pratiques.

On peut décrire la normalisation comme l'expression de la rationalité en finalités dans le secteur de la santé. Ce processus conduit à définir un ensemble de mécanismes permettant de réguler l'offre de santé, les choix d'activité, les modes de prise en charge des patients, les décisions d'investissement en minimisant l'impact des choix individuels des professionnels par leur assujettissement à des normes portant à la fois sur les pratiques de prise en charge et sur l'organisation des moyens tout en laissant aux acteurs la responsabilité des décisions. En effet, l'organisation polaire correspond ici à une forme de déconcentration. On peut dire que l'intervention du législateur consiste à utiliser le pouvoir issu du politique pour contenir l'expansion autonome du champ médical en introduisant le champ économique dans la décision médicale et soignante.

En conclusion de ce point, le processus de normalisation peut être décrit comme une réponse à la difficulté de procéder à des choix politiques concernant les stratégies d'offres de soins en raison notamment de l'accroissement de la différenciation et de la tension entre possibilités et besoins. La visée de la normalisation serait double dans cette hypothèse. Il s'agirait à la fois de légitimer et d'automatiser les choix, signant ainsi deux niveaux de défaillance du niveau politique envisagé comme lieu traditionnel de régulation du secteur de la santé. Ainsi, les réflexions théoriques conduisent à proposer une nouvelle hypothèse formulée de la manière suivante : dans le secteur de la santé et plus particulièrement pour les soins aigus – relevant du secteur dit Médecine chirurgie obstétrique -, une régulation par la norme tend à se substituer à une régulation par le politique. Si l'on admet que l'instance qui assure la régulation est investie du pouvoir effectif, on peut parler de « normocratie ». Elle vise à installer des mécanismes permettant d'autonomiser l'action effective de l'action sociale des individus.

La norme comme réponse à la complexité

On peut schématiquement définir ainsi la complexité : un tout composé de nombreuses parties indépendantes engagées dans un mouvement dynamique. Pour Edgar Morin, la complexité est « ce qui est tissé ensemble » du terme « complexe ». Au sens épistémologique, la pensée complexe cherche à découvrir un ordre entre des éléments constituants qui ont conservé leur hétérogénéité. Une métaphore éclairante est proposée par Max Pagès, chercheur praticien psychosociologue et psychothérapeute¹¹. L'analyse simple vise la découverte de territoires. La pensée complexe vise l'identification de cheminements, de passerelles entre ces territoires. Pour lui, « l'hypothèse centrale de la complexité est celle des articulations entre systèmes et méthodes hétérogènes »¹². Ainsi, pour Morin et Pagès, il s'agit de séparer sans isoler¹³. Cette opération de distinction est la source du principe de différenciation des systèmes ou encore de spécialisation, à l'oeuvre dans la montée en complexité. Ce principe de différenciation basé sur la distinction se traduit par un mécanisme d'additivité, de démultiplication doté d'un potentiel de croissance vertigineux. Pour Pagès, « la complexité vise la différenciation. Séparer, c'est relier ». Il parle d'un raisonnement basé sur des contraires qui s'opposent sans s'exclure. Pagès insiste sur l'importance de la conjonction « et ». Dans sa pensée, le conflit est appréhendé comme moteur de la création et de l'innovation.

Niklas Luhmann, sociologue allemand, a construit une théorie des systèmes sociaux fondée sur l'étude de différentes administrations et institutions juridiques. Sa théorie traite la question du conflit d'une toute autre façon. Dans son approche, la fonction première d'un système est d'assurer sa pérennité. Pour le système, cela suppose une adaptation de ses structures au développement de la complexité de son environnement (approche fonctionnelle structurelle). Pour Luhmann, la dynamique des systèmes sociaux procède d'un travail infini d'absorption des tensions et des conflits du présent par la mise en place de procédures juridiques. Luhmann ne reconnaît aucun fondement moral au droit et à la justice. Selon lui, la question n'est

¹¹ Max PAGES, *L'implication dans les sciences humaines : une clinique de la complexité*, Paris, L'Harmattan, 2006.

¹² Max Pagès indique avoir pris conscience de la portée de la dynamique des contraires lors de la recherche retracée dans l'ouvrage suivant : Max PAGES, Vincent de GAULEJAC, Michel BONETTI, Daniel DESCENDRE, (dir.), *L'emprise de l'organisation* (1979), Paris, Desclée de Brouwer, 1998.

¹³ Edgar MORIN, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Éditions du seuil, 2005.

plus « quels sont les critères auxquels doit satisfaire un système légal qui se veut juste, mais par quels processus les individus en arrivent à accepter des décisions contraignantes le plus souvent contre leur gré et leurs intérêts de telle sorte que l'ordre social se maintient malgré la contingence qui le caractérise ? ». Il dessine une société aux passions étouffées, neutre vis à vis des valeurs, qui s'abstrait progressivement du réel et qui s'impose aux individus par le jeu de multiples procédures impersonnelles fixant à chacun pour un temps une place et un rôle.

Dans le schéma théorique de Luhmann¹⁴, la fonction des procédures juridique, électorale, législative, judiciaire vise la restructuration des attentes comportementales des individus dans le sens d'une conformité. Par leur participation, figurée, à des procédures mettant en scène une conflictualité décentrée de son objet premier au moyen de jeux de rôles et du maintien d'une incertitude quant à l'issue, les individus n'ont finalement pas d'autre choix que le consentement aux décisions juridiques au risque de la marginalisation et de l'exclusion sociale. Les procédures juridiques servent au maintien de la stabilité politique nécessaire aux systèmes sociaux.

Rapportée au terrain hospitalier, la tolérance à la conflictualité apparaît centrale. Nous faisons l'hypothèse que le travail de normalisation qu'on y observe depuis une vingtaine d'années prend son origine dans le degré élevé de conflictualité non régulée et l'indécidabilité qui s'ensuit. Les rapports de force tendent à s'établir sur une base bilatérale, dans un face à face entre gestionnaires et médecins, à partir des jeux d'influence à la disposition des acteurs relayés par les autorités administratives, d'une part et par les lobbies des sociétés savantes, d'autre part. Est fait le constat d'une dynamique autonome, avant la norme, comme agonistique. Au cours d'un entretien récent, une responsable de la qualité et de la gestion des risques indiquait qu'elle constate depuis quelques temps que les professionnels les plus réticents à la mise en place de normes et de protocoles, généralement des médecins ou des cadres soignants, finissent par se marginaliser et par quitter l'établissement. Pour elle, cela signifie que la normalisation est en voie d'accomplissement. La mise en rapport avec l'hypothèse de Luhmann portant sur la légitimation des décisions par la procédure garantissant ainsi le travail de restructuration des attentes des acteurs nous conduit à nous intéresser non seulement aux acteurs présents au sein du système mais également à ceux ayant quitté le système, porteurs de significations sociales que le système ne permettrait plus de soutenir.

¹⁴ Niklas LUHMANN, *La légitimation par la procédure*, *op.cit.*

L'analogie avec les analyses de Luhmann conduit à poser la normalisation dans un projet de régulation et de maîtrise de la conflictualité interne au système hospitalier en lien avec les autres systèmes sociaux. À l'hôpital, les normes prennent des modalités variées : réglementation, indicateurs de qualité, critères d'évaluation, protocoles de soins, contractualisation. Elles règlent aujourd'hui la plupart des conduites professionnelles. La norme tient lieu à la fois de principe d'action concrète et de principe légitimant qui neutralise dans un premier temps l'espace propre à tout individu constitué à la fois de considération axiologique et d'une appropriation par la pratique de ses objets de travail.

Les contributions des professionnels à la normalisation

Les phénomènes de changement observés à l'hôpital s'inscrivent dans la continuité et l'accélération du processus de rationalisation. Lorsque nous avons commencé la première phase de ce travail de recherche en 2011, la question de l'effectivité de ces changements se posait encore. Déjà largement engagée et précédée par d'autres changements préparatoires (tarification, PMSI), l'organisation polaire n'était pas stabilisée. Plusieurs observateurs et experts du secteur attiraient l'attention des autorités et des professionnels sur la lenteur du processus de mise en place effective suggérant que des résistances s'opposaient¹⁵. La situation actuelle nous semble différente.

Nous avons montré que le secteur de la santé connaît à la fois un processus de forte accélération de la différenciation et d'augmentation de la rationalisation sous la forme de ce que nous appelons ici la normalisation. Un sociologue allemand, Hartmut Rosa, rattaché à l'école de Francfort met l'accent sur la dialectique « entre des forces d'accélération et des institutions vouées à déperir dès lors qu'elles deviennent un frein aux forces d'accélération »¹⁶. Cet auteur évoque ainsi les conséquences de la rationalisation:

... le revers de la médaille du processus de rationalisation occidentale était déjà pour M. Weber une constante érosion des ressources sémantiques, dont le résultat, [...] peut finalement prendre

¹⁵ C'est le cas du document de travail, publié par la DREES en mai 2010, produit par une équipe de recherche pilotée par Jean Claude Moisdon et Michel Pépin, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé » déjà cité ainsi que du rapport de l'IGAS de février 2010, « Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé ».

¹⁶ Elodie WAHL, compte-rendu de Hartmut ROSA, *Accélération. Une critique sociale du temps*, op.cit., accessible sur : <http://lectures.revues.org/990>

la forme d'une cage de fer, vide et qui semble désertée par l'esprit, et dont la logique inexorable [...] ne peut être freinée [.....] Il est plus difficile d'identifier précisément le revers de la médaille du processus de différenciation. On peut en effet apercevoir ici deux tendances paradoxales : d'une part, les processus de différenciation toujours plus fine s'accompagnent d'une croissance parallèle des dépendances mutuelles [...] des chaînes d'interdépendance ; d'autre part le processus de différenciation semble faire disparaître l'unité et la cohérence de l'ensemble [...]. Pour N. Luhmann, la société moderne doit s'accommoder d'une absence de sommet, de centre ou de " perspective centrale " - en ce sens, le revers de la différenciation est la désintégration sociale¹⁷.

En termes dynamiques, le raisonnement de Harmut Rosa implique une impossibilité d'intégration malgré des relations d'interdépendance croissante.

À l'appui de l'hypothèse prolongeant le raisonnement de Hartmut Rosa, nous pouvons évoquer le témoignage d'un collectif de directeurs d'hôpital et présidents de Communauté Médicale d'Établissement :

Mis en cause dans ses résultats, ses performances, sa capacité à prendre en compte les nouvelles demandes de soins exprimées, sa difficulté à travailler avec les autres acteurs de santé, l'hôpital voit sa place éminente contestée. Ses propres personnels doutent, se démotivent et prennent des distances par rapport à un univers qu'ils sentent désormais moins comme le centre de leur vie que comme un lieu de travail (comme un autre et parfois plus ingrat que d'autres). La notion de « mission » de l'hôpital ne va plus de soi [...] L'unité même de l'hôpital ne va plus de soi¹⁸.

Ce témoignage illustre un malaise profond exprimé non seulement par les professionnels de terrain mais aussi par les responsables hospitaliers qu'ils soient directeurs ou présidents de Communauté Médicale d'Établissement.

Nous supposons que la normalisation répond à ces difficultés liées au développement de la complexité. Les professionnels manifestent des réactions contrastées face à la multiplication des réformes et aux évolutions fortes du contexte dans lequel ils exercent leurs missions. Pour une partie des personnels, le processus de normalisation est porteur de valeurs positives : développement de la qualité et de la sécurité des soins, clarification des rôles et des contributions de chacun, homogénéisation des prises en charge améliorant l'égalité des soins. Ce sont surtout les acteurs en charge de

¹⁷ Harmut ROSA, *Accélération. Une critique sociale du temps*, op.cit., p. 81.

¹⁸ Jean-Pierre D'HALLUIN, François MAURY, Jean-Claude PETIT, Chantal de SINGLY, « Pouvoirs et organisations à l'hôpital », *Revue Esprit*, janvier 2007.

la définition et du contrôle des normes qui mettent en avant ces impacts liés aux normes : les questionnaires, les nouveaux acteurs en charge des processus transversaux (prévention, qualité, risques), de nombreux cadres soignants actifs dans l'élaboration des protocoles. D'autres acteurs envisagent la norme comme protectrice dans un contexte marqué par l'accroissement du consumérisme et le risque de montée de la judiciarisation de l'exercice médical. Parmi les personnes rencontrées, un jeune Praticien hospitalier (PH) voit dans la norme l'assurance de la non perte de chance pour le patient, un chef de service y voit la sécurisation de ses pratiques face à la judiciarisation des relations avec les patients, certains chefs de pôle l'envisagent comme le moyen d'établir des règles communes pour répartir les ressources.

Pour d'autres personnels, la normalisation est vécue comme une atteinte à la liberté de pratique et de responsabilité du professionnel. Certains acteurs médicaux et soignants manifestent ouvertement leur opposition aux nouvelles normes et contraintes. Sur le terrain, ce ressenti peut se manifester par des formes de désinvestissement et de retrait que traduisent des taux d'absentéisme et de *turnover* parfois critiques pour les personnels soignants. La dynamique de ces phénomènes peut s'analyser en miroir à celle décrite par Max Weber. Pour Max Weber, le capitalisme a conduit l'homme à déployer une relation instrumentale au monde à partir de valeurs fortement intériorisées. Cette intériorisation explique le comportement rigoureux et besogneux permettant le développement économique. Une réaction de désinvestissement pourrait s'expliquer par le nouveau rapport de production qui tend à se développer à partir de normes établies à l'extérieur des lieux de la pratique. Ce qui est en jeu pour les professionnels pourrait correspondre à cette érosion du sens, évoquée plus haut.

Nous avons mis en évidence en plusieurs circonstances une contradiction endogène au système normalisé qui se manifeste et se développe en se rapprochant du soin. Dans les entretiens que nous avons réalisés, cette contradiction est fréquemment liée à l'indifférenciation des postes de travail permise, grâce à la normalisation, par la polyvalence et la constitution de collectifs de travail provisoires dans une organisation mouvante. Le soignant, y compris certains PH, peut se vivre comme une ressource instrumentalisée. Ce mouvement amorce un clivage au sein des professions soignantes entre les exécutants de la norme et ses concepteurs.

L'École de Francfort évoque deux types de violence susceptibles de se déployer du fait de la soumission rationalisatrice des fins aux moyens : une violence faible sans véritable dominateur dans une phase de généralisation du code suivie d'une violence imposée par l'obligation de résultats. Cette recherche pose l'hypothèse que le secteur hospitalier se situe aujourd'hui dans une phase de codification très active. La mise sous tutelle administrative de certains établissements et le renforcement du caractère obligatoire, réel ou perçu, de certaines normes établies indique la tentation d'entrer dans un schéma plus contraignant. Par exemple, tous les établissements MCO rencontrés récemment évoquent une norme organisationnelle reposant sur un binôme soignant pour 15 lits sans qu'un texte ne vienne appuyer cette affirmation.

Le concept de normalisation synthétise dans cette recherche trois significations : la standardisation des pratiques professionnelles (qui passe par la prescription au travers des politiques dites de qualité ou par la protocolisation des bonnes pratiques), l'unification par l'adhésion à un référentiel commun, l'affaiblissement du pouvoir médical, spécificité hospitalière dans la répartition des pouvoirs.

En particulier, la normalisation se caractérise par le développement de l'abstraction. Les pratiques vont se déconnecter progressivement des situations vécues sur le terrain par les professionnels au travers d'un processus de codification et de figuration. Il s'agit en quelque sorte de rendre présente la pratique de professionnels absents et de rendre absente celle de professionnels présents. En cela, on peut dire que l'individu comme sujet est l'objet du travail de normalisation.

Par l'imposition de normes, établies en dehors de l'activité de travail proprement dite, la normalisation porte atteinte à la capacité à penser son activité. Les pratiques professionnelles ne se réduisent pas aux tâches concrètes et opérationnelles. Elles délimitent un pouvoir dans et par l'acte¹⁹. Ainsi, le processus de normalisation vise à produire un nouveau modèle comportemental qui s'installe aux

¹⁹ Yves CLOT, *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF, collection « Le travail humain », 1999, p. 122. L'auteur décrit ainsi la dynamique subjective liée à l'activité : « pour le sujet, tous les objets, les outils, les signes et l'activité des autres à son égard – pris dans des genres et réveillés dans l'échange – sont d'abord source de son développement puis ils deviennent des moyens au service de son activité personnelle, laquelle, en retour, leur donne une « deuxième vie ». Le développement consiste pour le sujet à mettre le monde social à son service, à en faire un « monde pour soi » afin de s'y intégrer, c'est à dire le reformuler en participant à l'élaboration de nouvelles significations ». Dans une orientation clinique, la construction de nouvelles significations contribue à transformer le réel.

interfaces entre plusieurs registres : le politique, l'économique, l'idéologique et le psychique pour constituer un nouvel ordre dans lequel le sujet va être appelé à s'insérer. La norme apparaît comme une médaille à deux faces. D'un côté, la norme est perçue comme unificatrice. Elle propose un ordre, elle est censée faciliter les coordinations nécessaires entre les professionnels et les métiers hospitaliers pour produire les prises en charge les plus adaptées au bénéfice des patients. De l'autre côté, la norme s'interpose entre le professionnel et le patient. Elle s'oppose au pouvoir médical et soignant incarné dans l'acte de soin. La norme se fait alors violence symbolique. Pour limiter la spécificité de la relation de soin, elle emprunte ses modèles aux univers industriels. Pour conclure, la norme, dans sa forme actuelle, tend à installer au cœur du système hospitalier une dynamique paradoxale dont nous poursuivons l'analyse à l'aide de la recherche clinique qui s'attache à percevoir au plus près du sujet le travail de production de sens que celui-ci va tenter d'opérer pour se réapproprier et infléchir le processus auquel il est convoqué.

Encyclo

Revue de l'École doctorale ED 382

DOSSIER THÉMATIQUE : « LES TEMPS DE LA RUPTURE »

Yohann BARRES, Brice NOCENTI et François REYSSAT

Les temps de la rupture

RUPTURE ET MOUVEMENTS SOCIAUX

Gabriela COMAN

Les manifestations de casseroles de 2012 du Québec, mouvement de réparation politique et éveil civique
Aslı TELSEREN

Occupy Gezi : Est-il possible de penser une rupture durable ?

Dimitrios KOSMOPOULOS

Aspects de la crise politique en Grèce. Ruptures dans le système de partis politiques et positionnement du personnel politique local : le cas de la région du Pirée, 2009-2013

Federico TARRAGONI

Un corps qui émancipe : pratiques et représentations du corps dans les quartiers populaires vénézuéliens

IDENTITÉS ET RUPTURE

Igor FIATTI

La Hongrie, un radeau à la dérive entre l'Est et l'Ouest

Jeffrey TALLANE

Une autre conversion : spiritualité antique et attitude de modernité à partir de Michel Foucault

UTOPIE ET ACTION POLITIQUE : PENSER LES TEMPORALITÉS DE LA RUPTURE

Alice CARABEDIAN

Le Cycle de la Culture de Iain Banks : l'utopie hors de l'île

Sébastien BROCA

Ernst Bloch, du temps messianique à l'utopie concrète

Kevin EYBERT

Rompre avec le temps des ruptures

VARIA

Corine RENAULT

Une lecture socio-clinique de la normalisation à l'hôpital

