

## POUVOIRS ET ORGANISATIONS À L'HÔPITAL

[Jean-Pierre d'Halluin](#), [François Maury](#), [Jean-Claude Petit](#), [Chantal de Singly](#)

Éditions Esprit | « [Esprit](#) »

2007/1 Janvier | pages 14 à 39

ISSN 0014-0759

ISBN 9782909210520

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-esprit-2007-1-page-14.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.

© Éditions Esprit. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Pouvoirs et organisations à l'hôpital

Jean-Pierre d'Halluin, François Maury,  
Jean-Claude Petit, Chantal de Singly\*

SI LA SANTÉ occupe une place de plus en plus grande dans les priorités de la société, l'hôpital apparaît de moins en moins au centre de la réponse à ces priorités. 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 d'hôpital ne va plus de soi. C'est de ces interrogations qu'a émergé l'ambition de revoir complètement le fonctionnement de l'hôpital dans un système de santé lui-même réorganisé. Inéluctable, le changement en cours sur le thème de la « gouvernance hospitalière » se heurte à des résistances internes. Cette réforme profonde permettra-t-elle d'ouvrir de nouvelles perspectives pour refonder l'accord soignant/soigné, développer la reconnaissance à l'égard de l'hôpital et rapprocher les professionnels de santé ?

### *L'hôpital n'est plus un sanctuaire*

Dans nos vies, des symboles institutionnels servent de références. L'hôpital a longtemps créé du sens entre tous, avec des mots forts : maladie et soins, souffrance et compassion, asile et rejet, dévouement et savoir, mort et naissance, rédemption et salut. Mais le contenu des

---

\* Respectivement président de la CME, hôpital de Roubaix ; directeur, hôpital de Roubaix ; président du CCM, hôpital Saint-Antoine (AP-HP) ; directrice, hôpital Saint-Antoine (AP-HP).

mots change, les hospitaliers ne donnent plus le même sens à leur travail au service de patients qui, eux-mêmes, n'attendent plus les mêmes réponses. Le plus étonnant est qu'il n'est pas certain que nous, patients ou hospitaliers, en ayons bien conscience. Comme une charpente mangée par les termites, l'apparence est là rassurante et immuable mais couvre une réalité bien plus fragile et presque caduque.

### *La transition épidémiologique*

Jusque dans les années 1950, les pathologies qui donnaient lieu aux hospitalisations les plus fréquentes concernaient des situations infectieuses souvent graves, parfois mortelles. Elles trouvaient leurs conclusions cliniques, heureuses ou moins heureuses, à l'hôpital. Aujourd'hui, elles se reconnaissent à leur chronicité non infectieuse : maladies cardiaques et respiratoires, diabète, insuffisance rénale, cancers, dépendances diverses, sida. La liste en est longue.

Cette mutation pathologique modifie en profondeur la perception de l'hôpital : on survit à sa maladie mais on n'en guérit plus, il faut vivre avec. Il s'agit de coexister avec un mal qui vous accompagnera jusqu'à votre mort, mort qui n'interviendra peut-être pas avant plusieurs dizaines d'années et qui ne sera éventuellement pas causée par ce mal. Comment continuer à accepter d'être à l'hôpital un objet de soins, en pyjama, pour quelques jours, quand on devient organisateur de ses soins et acteur de sa santé pour trente ans ? Comment, en conséquence, ne pas favoriser plutôt le médecin généraliste, l'infirmière libérale ou le pharmacien constamment rencontrés au quotidien, par rapport à l'hôpital et ses spécialistes, à peine croisés lors d'un bilan ou d'une crise aiguë ? L'hôpital ne constitue plus l'alpha et l'oméga du soin : il devient une étape, parfois décisive, de la prise en charge, une gare de triage pertinente pour permettre la poursuite du parcours.

### *Quelles valeurs après la charité et le progrès scientifique ?*

L'histoire de l'hôpital explique sa double image, pluriséculaire, de lieu d'accueil (et d'exclusion quand il s'agit d'y tenir les mal portants à l'écart des autres) et de lieu de soins. Sous l'Ancien Régime, l'Hôtel-Dieu soulage un peu les corps, mais surtout sauve les âmes. Outre une mission purement confessionnelle, il se voit aussi confier, par édits royaux ou municipaux, une tâche de quasi-ordre public afin de préserver les villes d'une population gênante (malades, mendiants, filles-mères, prostituées...). Ses animateurs sont le plus souvent des représentants d'ordres religieux réguliers qui se consacrent par leur vocation à cette mission ; leur engagement est un sacerdoce. Bien

entendu, une telle conception est révolue depuis longtemps, mais l'image de l'hôpital lieu d'accueil ultime de toutes les souffrances, grâce à un personnel emprunt de dévouement et d'attention humaine sans bornes, est longtemps demeurée très forte. Parallèlement, depuis un siècle, les progrès de la médecine, avec la professionnalisation des soignants, ont apporté une forte dimension scientifique et d'efficacité technique. Charité et médecine scientifique sont ainsi apparues comme les valeurs essentielles dans lesquelles tant les soignants que les soignés se reconnaissaient, les seconds acceptant les soins des premiers au nom de ces valeurs<sup>1</sup>. Depuis une trentaine d'années, ces valeurs ont été peu à peu grignotées : les soignants n'acceptent plus de coller avec cette image sacerdotale, les progrès de la médecine sont discutés, les patients deviennent des consommateurs éclairés de soins et refusent de s'en remettre à un seul avis, si scientifique soit-il. La notion de dévouement est légitimement rejetée par les professionnels au profit de la compétence technique mais aussi du droit à considérer l'hôpital comme un lieu de travail et non comme le centre de leur vie. De ce point de vue, les jeunes générations de soignants introduisent une profonde rupture vis-à-vis du temps et des conditions de travail.

Ainsi, l'hôpital ne constitue-t-il plus un site protégé. Des évolutions flagrantes et parfois contradictoires des comportements surgissent ainsi parmi les soignés, les soignants et les gestionnaires : perception différente de la place du travail pour les nouveaux hospitaliers, assimilation du soin à une prestation comme une autre pour les patients et leurs familles, susceptible de critiques, voire de procès, recours fréquent à la violence verbale et physique. Autant de signes d'une banalisation sociale du site hospitalier. Il perd, progressivement, ce qui lui restait de sacré et, par là même, de « sanctuarisé ».

### *La spécialisation complexe*

L'hôpital s'est construit autour de la prise en charge d'un patient dans un lit (historiquement d'ailleurs, plusieurs patients par lit !). Petit à petit, l'évolution technique du soin a introduit une très grande parcellisation des tâches entre plus de cent professions, médicales, soignantes, techniques, logistiques et administratives réunies autour de ce patient. La multiplication des interventions ainsi introduite a favorisé un cloisonnement, une dilution des responsabilités et une perte de continuité dans le processus de soin. Ceci a accru les risques iatrogènes et, par conséquent, la production de règles et de procédures qualité-sécurité de plus en plus précises et détaillées pour les

---

1. Voir l'ouvrage de François Dubet, *Le Déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002.

prévenir. Le risque de plaintes, le très haut niveau d'attente des patients en ce qui concerne le résultat de la prise en charge ont encore renforcé ce phénomène. Parallèlement, le coût des techniques et de leur sécurisation dans un contexte de contraintes budgétaires croissantes, a induit le nécessaire regroupement des professionnels et des établissements, publics ou privés, accentuant encore la complexité des organisations sans clarifier les responsabilités dans les processus de prise en charge. On imagine, en conséquence, la tension paradoxale, entre spécialisation complexe et standardisée des soins et prise en charge individualisée et personnalisée, telle que la souhaitent aussi les patients.

### *Une organisation des pouvoirs et des responsabilités dépassée*

Bousculé de l'extérieur et de l'intérieur, « grignoté » dans sa charpente, l'hôpital n'a trouvé dans l'évolution réglementaire de la fin du XX<sup>e</sup> siècle ni le souffle pour se remettre en question, ni l'ambition et l'ouverture pour trouver un accord fondateur avec les professionnels et les usagers. Dès le milieu des années 1980, l'excès de cloisonnement et le manque de clarté dans les responsabilités alimentaient les débats préparatoires à la loi de 1991. Cette loi a tenté de permettre davantage de coopération interne et a élargi les missions de l'hôpital ; elle a posé l'obligation d'évaluation. Les ordonnances de 1996 ont clairement fixé l'objectif de décentraliser les responsabilités à l'intérieur de l'hôpital et de vérifier la conformité de l'hôpital à des standards de qualité. Et pourtant la question des responsabilités au sein de l'hôpital, de leur adéquation et de leur cohérence par rapport à des objectifs de performance dans le système de santé reste posée. Responsabilité et comptes à rendre ne vont pas nécessairement de pair à l'intérieur de l'organisation hospitalière alors que l'attente sociale est grandissante à leur égard. Alors que se multipliaient les demandes d'adaptation et de souplesse, la réglementation rigidifiait, encore un peu plus, le fonctionnement hospitalier.

### *Double vision du monde et cloisonnements*

L'hôpital public – tel qu'il s'est développé au XX<sup>e</sup> siècle – s'est « accommodé » d'une opposition binaire entre le monde des soignants et celui des gestionnaires : d'un côté ceux qui soignent, qui sont proches du malade, au moins de la maladie ; d'un autre côté ceux qui administrent, qui gèrent les finances et veillent à l'application de la réglementation. Les premiers n'ont d'autres préoccupations que de délivrer les meilleurs soins à chacun des malades qu'ils prennent en charge ; les seconds n'ont d'autres soucis que celui d'équilibrer un

budget et de faire respecter la loi. Cette opposition, schématique à l'excès, pousse le trait jusqu'à la caricature : pourtant elle dessine assez justement le cadre de potentiels affrontements. Quand les médecins affichent l'éthique comme valeur refuge contre les tyrannies de l'économie, ils s'installent dans le champ d'une vertu dont les directeurs administratifs ne peuvent qu'être exclus. L'opposition, frontale, porte sur le fond, les valeurs, le sens donné à l'action. De cette confrontation, la sociologie des organisations<sup>2</sup> dit qu'elle exprime la rencontre entre deux pouvoirs, chacun situé sur un domaine particulier d'incertitude. Si le pouvoir vient de la capacité à maîtriser une part d'incertitude, et si l'on s'accorde à reconnaître deux incertitudes majeures à l'hôpital – celle de la maladie, celles des ressources pour agir –, les soignants par la maladie et les directeurs/administrateurs par les finances maîtrisent (ou tentent de maîtriser !) chacun une des deux sources d'incertitude auxquelles l'hôpital est confronté, ce faisant ils jouissent d'une partie du pouvoir qu'ils évitent de se partager. L'alternative opposant l'éthique à l'économie renvoie aussi à un autre conflit entre deux polarisations de l'intérêt et de la justice : d'un côté, le médecin se perçoit (ou est perçu) comme garant de l'intérêt individuel, l'intérêt de la personne malade, pour laquelle tout doit être fait dans les règles de l'art aux fins de la soigner ; d'un autre côté les directeurs se voient porteurs d'un intérêt collectif, l'intérêt de la population d'un territoire, à laquelle il faut assurer une réponse « juste » (au sens de la justice sociale), c'est-à-dire une répartition équitable (dans des règles socialement acceptées) des ressources de soins entre tous ceux qui en ont besoin. Quand les ressources sont suffisamment abondantes pour répondre à toutes les demandes individuelles, les deux intérêts peuvent être satisfaits conjointement. Quand les ressources deviennent rares, parce que chaque soin devient plus onéreux ou que le nombre des patients augmente ou que le financement est moins assuré, le conflit d'intérêt éclate : c'est le cas depuis le début des années 1990. Deux options, dès lors, sont possibles. Ou bien chaque acteur campe sur sa logique et le conflit s'amplifie, les directeurs limitent « à l'aveugle » les budgets des unités de soins, les médecins refusent la contrainte financière et utilisent les médias pour externaliser la tension. Ou bien chacun fait un pas dans le champ de l'autre et une délibération éclairée peut s'instaurer.

Cette différence de vision entre deux mondes se redouble d'un cloisonnement entre les professions : dans cet univers hospitalier chaque profession s'autorégule selon ses propres standards (certaines sont renforcées en cela par des ordres professionnels – ordre des

---

2. Voir, par exemple, Michel Crozier et Erhard Friedberg, *L'Acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977.

médecins, ordre des pharmaciens) et valorise d'abord sa propre logique dans l'exercice du métier – même si le patient, au cœur du système, oblige à faire la cohérence. Un tel cloisonnement est renforcé par le découpage de l'hôpital en services, chaque service correspondant à une discipline universitaire de la médecine. Si l'importance d'un rattachement à une entité pour un professionnel et pour un patient n'est pas discutable (construction de repère, d'appartenance et d'intégration), réduire sa place et son action aux limites du service devient source de dysfonctionnements (vision du malade trop spécialisée, adaptation délicate aux variations d'activité entre les services).

### *Des responsabilités et des pilotages parallèles*

À la division du travail correspond une segmentation des circuits concrets de responsabilité. Chaque professionnel, en se référant d'abord à sa propre profession, reconnaît difficilement l'autorité d'un chef issu d'une autre profession. Chaque service a ainsi formellement une double hiérarchie : à côté du médecin chef de service qui coordonne le travail des praticiens du service, le cadre infirmier de santé a autorité sur l'équipe paramédicale ; le premier, nommé directement par le ministre, peut considérer que c'est à lui seul qu'il rend des comptes, le second relève d'un coordonnateur général des soins qui, lui-même, dépend du directeur de l'hôpital. Mais de qui relèvent, au sein du service, le psychologue, l'assistante sociale ou les secrétaires médicales qui ne sont pas à proprement parler des paramédicaux ? Le cadre de santé les évalue-t-il ? Et que dire des sages-femmes qui, tout en portant le badge (rouge à l'AP-HP) réservé aux personnels médicaux, ne font pas partie intégrante du corps des médecins hospitaliers mais n'imaginent pas pour autant dépendre d'un cadre infirmier ? Qui est responsable *in fine* de l'organisation des soins ? Qui rend des comptes à qui ? Cet hôpital en « tuyaux d'orgue » parvient sans doute à produire de l'harmonie mais c'est au prix de bricolage et de rustines (telle la notion d'« autorité fonctionnelle » pour tenter de combler les trous dans la hiérarchie) qui ne tiennent pas toujours. Quand l'accident arrive, qu'il y a procès et qu'il faut chercher des responsables, la réponse du juge laisse parfois pensif et troublé. Peut-on imaginer la pérennité d'une entreprise où les directeurs de production ne se réfèrent pas à une direction générale qui porte la cohérence d'ensemble ?

Autorités parallèles et responsabilités parallèles fondées sur des cultures professionnelles spécifiques conduisent à des représentations différentes du résultat à atteindre. L'opposition entre le *cure* (supprimer la maladie) et le *care* (prendre soin globalement de la personne malade) en est une illustration classique. Les différences de

vision ne sont pas nécessairement préjudiciables au malade si elles donnent lieu à une concertation avec tous les acteurs concernés (y compris le patient). Mais ce travail de concertation permanent à tous les niveaux de l'organisation n'est pas systématique ; il consomme du temps et il n'est pas garanti que ses conclusions, collectivement prises, engagent solidairement chacun. Alors que les choix de soins sont de plus en plus ouverts (tant sur le plan des modalités de soins, avec des effets prévisibles sur la qualité de vie, que sur le plan des coûts), le temps de dialogue nécessaire fait souvent défaut.

Si les visions du résultat à atteindre diffèrent, celles des moyens nécessaires encore plus, d'autant que les outils de mesure du produit hospitalier et des processus de production de soins communiquent mal. De 1983 à 2004, les hôpitaux étaient financés sur la base d'un budget global annuel : il s'agissait ainsi d'obliger les hôpitaux à faire des choix dans une enveloppe fermée ; le volume et la qualité de l'activité n'intervenaient qu'à la marge dans les moyens alloués. La production de l'hôpital n'était donc pas valorisée. Avec le PMSI<sup>3</sup> une mesure médicalisée fut introduite à partir de 1993 : chaque médecin enregistre un état de la personne soignée à l'entrée, à la sortie ainsi que les actes réalisés, ce qui conduit à classer chaque personne dans un groupe homogène de malades (GHM). Ainsi, la production de l'hôpital est mesurée par les nombres de patients soignés de chaque groupe homogène ; l'étude statistique des coûts au niveau d'un échantillon national d'hôpitaux permet d'attribuer une valorisation financière de cette production par les coûts constatés dans chaque groupe homogène : c'est le principe de la tarification à l'activité (T2A) introduite à partir de 2004 dans le financement des hôpitaux. Un grand progrès donc a été fait. Pour autant il laisse une partie des acteurs de côté : les non-médecins, qui estiment que leurs propres actes ne sont pas valorisés parce qu'ils ne sont pas décrits en tant que tels.

### *Des freins à l'innovation et à la coopération*

Les hospitaliers mesurent l'évolution des attentes à leur égard ; ils sont prêts à reconnaître que l'hôpital n'est pas le lieu unique des soins, qu'il est trop cloisonné et coupé des autres acteurs de santé. Encore faut-il que la coopération avec le secteur libéral, avec les structures médico-sociales et sociales soit facilitée. Or il n'en est rien. Tout est fait pour que chacun reste dans sa logique : les modes de financement entre le privé et le public<sup>4</sup>, la répartition des compé-

---

3. PMSI : Programme de médicalisation du système d'information.

4. En dépit des discours sur les réseaux associant médecine libérale et établissement de soins, la réalité du fonctionnement des réseaux démontre la grande difficulté de les mettre en place et de financer chaque partenaire à hauteur de son investissement.

tences entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales (notamment sur le social, le médico-social et le médical), l'étanchéité du partage des responsabilités entre les différentes catégories professionnelles au sein de l'hôpital<sup>5</sup>, les solutions juridiques trop complexes pour faciliter des rapprochements entre établissements privés et publics.

L'innovation et l'initiative sont découragées : ainsi les modes d'autorisation pour développer de nouvelles activités ont-ils créé des parcours d'obstacles conduisant à l'immobilisme. Parmi les cas les plus caricaturaux, il faut citer les conditions mises à la création de structures ambulatoires dans les hôpitaux : alors que les tutelles prônaient le développement de la chirurgie de jour dans un concert d'encouragements de tous les experts et des usagers, les conditions pour une mise en œuvre effective sont restées peu attractives, les autorisations longues à obtenir. Les normes et les standards, si légitimes soient-ils, apparaissent de plus en plus comme des « parapluies » ouverts sans que de véritables analyses bénéfice/risque soient correctement menées.

Il était donc temps de poser la question du fonctionnement des établissements de santé : c'est l'objectif de la « nouvelle gouvernance » avec l'ordonnance du 2 mai 2005.

### *L'ordonnance du 2 mai 2005 : la gouvernance dans le texte et dans le contexte*

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 portant simplification du régime juridique des établissements de santé vise à corriger le « désenchantement » des praticiens et de l'ensemble du personnel soignant ou administratif et à redonner du dynamisme aux acteurs en introduisant une nouvelle organisation où souplesse, reconnaissance et responsabilisation doivent représenter les lignes directrices. Malgré la cohérence voulue initialement par le gouvernement, le texte final laisse une impression d'inachèvement et se met en œuvre dans un contexte difficile.

#### *Le pré-texte : la cohérence du projet*

En 2002, Jean François Mattéi, ministre de la Santé, conçoit un ensemble d'orientations à vocation législative pour réformer la santé

---

5. Ainsi, malgré les problèmes liés à la démographie médicale, il aura fallu attendre plusieurs années pour que les ophtalmologistes acceptent de laisser aux orthoptistes des responsabilités plus importantes dans les soins. Ceci n'était pas limité à l'hôpital mais concernait aussi les soins de ville.

publique, l'organisation des soins et en particulier des soins hospitaliers. Ainsi, c'est autour de textes portant sur les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Ordonnance de simplification administrative de septembre 2003), la mise en œuvre d'une politique de santé publique nationale et régionale (loi du 9 août 2004) et la réorganisation du fonctionnement, de l'organisation et du financement de l'hôpital (projet « Hôpital 2007 »), que s'esquisse, au-delà de l'appréciation politique, une vision relativement coordonnée des problématiques de santé. Pour l'hôpital plus particulièrement, un soutien à la compensation de l'indigence des investissements est garanti jusqu'en 2007, un nouveau mode de financement fondé sur le type et la quantité d'activité réalisée est introduit progressivement, enfin, une volonté de « manager » ensemble et autrement l'hôpital est proposée aux professionnels et tout particulièrement aux médecins et aux directeurs, traditionnellement soucieux de leur indépendance d'action.

Ces propositions interviennent dans un contexte de difficultés financières et structurelles sérieuses ainsi que de doutes vécus par les hospitaliers. L'hôpital leur semble fragilisé par des causes matérielles (déficits, investissements insuffisants, mode de financements dépassés) et par des causes sociologiques (comportement évolutif des patients et des professionnels eux-mêmes, perte d'image du service public hospitalier). En outre, l'importance et la fréquence des réformes engagées depuis 15 ans ne leur semblent pas avoir permis de répondre suffisamment aux exigences renouvelées de qualité et de sécurité attendues par les gouvernements comme par les usagers. Ils sont, dans ce contexte, partagés entre l'impérieuse nécessité du changement et le scepticisme, voire la méfiance, face à des réformes portées par 3 ministres en 3 ans et après bien des vicissitudes.

L'ordonnance portant sur la « Nouvelle gouvernance de l'hôpital » illustre ce constat ; négociée dès l'automne 2002, elle n'est publiée que début mai 2005.

### *Le texte proprement dit*

L'ordonnance s'organise autour de trois thèmes principaux. Elle comporte d'abord des dispositions financières : l'autonomie des établissements de santé concernant la gestion de leurs dépenses est accrue par allègement du contrôle budgétaire *a priori* au profit de nouveaux dispositifs d'alerte aux gestionnaires des établissements. Ce nouveau mode de gestion se rapproche de celui des entreprises privées, notamment avec les rôles respectifs du conseil d'administration et du directeur. Elle instaure ensuite une prise de décision médico-administrative : des praticiens sont associés à la gestion de l'établissement en siégeant à parité avec des membres de l'équipe de

direction dans un conseil exécutif. Enfin, elle prévoit de décentraliser la gestion dans des regroupements d'unités de soins en pôle d'activité. Le pôle d'activité est une entité de gestion dirigée par un praticien qui se voit confier par le directeur une délégation de gestion dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens.

Ces thèmes seront mis en œuvre par des changements qui sont censés être apportés à trois niveaux : celui des structures explicitement définies dans le texte, celui de l'organisation qui doit être avant tout l'œuvre des professionnels, et celui des comportements découlant des deux premiers.

Une structure est modifiée et deux nouvelles structures apparaissent. Le conseil d'administration voit ses missions recentrées sur le projet stratégique de l'établissement de santé et sur l'évaluation et le contrôle de sa mise en œuvre ; en outre des compétences nouvelles lui sont attribuées : organisation de l'établissement en pôle d'activité, définition de la politique de contractualisation. Le conseil exécutif est une structure nouvelle qui étend le champ de compétences des praticiens les associant à parité avec les directeurs pour gérer et mettre en œuvre le projet de l'établissement. Enfin apparaissent les pôles d'activité clinique ou médico-techniques dotés d'une double finalité : assurer une meilleure prise en charge des patients dans une approche pluridisciplinaire des soins, en décroissant les unités de base que sont les services hospitaliers ; permettre de responsabiliser les acteurs avec une gestion déconcentrée confiée à cet ensemble, qui doit constituer une masse critique suffisante pour disposer d'une marge de manœuvre permettant de gérer activité et ressources.

Les pôles sont une opportunité très grande donnée aux acteurs hospitaliers de revoir leur organisation. Les pôles doivent devenir le lieu d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient et le lieu où personnels hospitaliers se retrouvent pour associer leurs savoirs et leurs technicités et partager des valeurs communes de qualité des soins, de solidarité et d'hospitalité. Les pôles sont placés sous la responsabilité d'un praticien titulaire disposant d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et d'encadrement. Il est assisté par un cadre de santé et un cadre administratif. Au-delà des missions définies par l'ordonnance, l'équipe dirigeante du pôle sera porteuse de la nouvelle organisation et de la dynamique du changement. La responsabilisation qui découlera largement de la démarche de délégation de gestion et de l'ampleur de cette délégation s'exprimera sous la forme d'un contrat. Si, à ce jour, les aspects concrets n'apparaissent pas toujours, l'attente des acteurs praticiens, cadres soignants et administratifs n'en est pas moins grande.

L'association des praticiens et des directeurs dans la gestion des établissements de santé, outre le grand changement qu'elle repré-

sente dans la culture hospitalière, pourrait être à l'origine d'une nouvelle organisation dynamique de l'hôpital, où les exigences des uns et les contraintes des autres se confrontent dans l'harmonie, parce que chacun, quel que soit son métier, partage les mêmes valeurs et les mêmes objectifs. Il faut rejeter l'idée selon laquelle le conseil exécutif par sa composition serait générateur d'immobilisme voire de conflit et où deux clans se constitueraient, l'un rangé derrière le directeur qui gérerait sa carrière, l'autre rangé derrière le président de la commission médicale d'établissement qui préparerait sa réélection. Si des différents peuvent apparaître, imaginer une opposition conflictuelle relève d'une vision caricaturale. Depuis longtemps, directeurs et présidents de commission médicale d'établissement ont appris à travailler ensemble et le conseil exécutif ne peut être le lieu d'une opposition binaire.

Ce contexte organisationnel nouveau (la prise de décision médico-administrative, le regroupement des unités de soins, la décentralisation de la gestion au plus proche du terrain, la responsabilisation, la contractualisation...) sera-t-il le prélude à une modification des comportements et des attitudes, les professionnels participant à la démarche de changement de façon active et dynamique ? Le risque est grand que, dans un contexte économique de contrôle des dépenses de santé, le changement soit perçu comme une menace (remise en cause des acquis), comme une bureaucratie renforcée (couches supplémentaires de structures alourdissant et rigidifiant le système) et conduisent les acteurs à des réactions d'immobilisme et de protection.

### *Les limites du texte*

Dans sa présentation actuelle le texte laisse à penser que le projet de nouvelle gouvernance n'est pas allé à son terme de simplification et de souplesse. Peut-être est-ce le fait des initiateurs qui n'ont pas osé bousculer les structures existantes ou des négociateurs qui ont voulu ménager leurs mandants en opposant un frein à un trop grand bouleversement. Cette impression d'inachevé conduit les acteurs de terrain à s'interroger sur l'empilement des structures et à s'inquiéter des potentiels conflits de responsabilité. La commission médicale d'établissement est maintenue. Il est indiqué qu'elle sera consultée sur les projets de délibération soumis au conseil d'administration et chargée d'organiser l'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens. Outre les missions qui lui seront attribuées, elle exercera de fait son contrôle sur le conseil exécutif et sur la nomination des responsables de pôle par l'intermédiaire de son président qu'elle élira. Le comité technique d'établissement est également maintenu et

sera consulté sur les projets de délibération soumis au conseil d'administration. Il est prévu, mais à titre expérimental, une instance qui se substituerait à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement : elle regrouperait, sous la présidence du directeur et à parité, des membres de la commission médicale d'établissement d'une part et des membres du comité technique d'établissement ainsi que d'un collègue de cadres d'autre part. Cette instance, si elle fonctionnait, serait très novatrice dans sa composition, en particulier par le fait d'y associer les cadres. Le conseil d'administration voit confirmé le contrôle exercé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur la situation financière des établissements placés sous son autorité. La souplesse et la simplification ne paraissent pas avoir guidé la réflexion concernant la procédure de nomination des praticiens responsables de pôle : « Peuvent exercer les fonctions de responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. » C'est dans le maintien des services que se perçoit le mieux l'inachèvement de cette réforme en matière de décloisonnement. Cette double organisation, services et pôles, fait craindre aux uns l'immobilisme, aux autres les conflits. Le texte est concis sur cet aspect, il mérite d'être cité *in extenso* : « Le praticien responsable d'un pôle... organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle. »

### *Le difficile changement à conduire*

De toute évidence, tout cela est d'abord une affaire humaine. Les professionnels doivent faire face à une évolution, tout à la fois des patients qui deviennent des clients, des hôpitaux qui fonctionnent de plus en plus sur un mode économique d'entreprise, des valeurs émergentes autour de la place centrale donnée à l'individu dans la société<sup>6</sup>, de leur statut de fonctionnaires dont la pérennité n'est peut-être plus

---

6. Cette question de la place centrale de l'individu joue bien entendu autant du côté des professionnels que du côté des patients. L'évolution du statut de l'individu dans la société modifie la place du travail de deux manières. D'une part, chacun vise à donner plusieurs dimensions à sa vie et à combiner tout autant des priorités personnelles que des impératifs de travail : la multiplicité des vies est valorisée. D'autre part, chacun considère que cet équilibre entre différentes vies, dont celle du travail et de la famille par exemple, relève de son choix propre : ce libre arbitre doit s'affranchir des contingences y compris de l'ancien impératif du travail. Ceci abolit le repère qui fixait la primauté du travail à l'hôpital sur la vie personnelle. C'est un changement important que vivent les générations nouvelles de soignants mais qui ne s'était pas posé à beaucoup de leurs aînés.

garantie, de l'obligation sécuritaire toujours plus contraignante et personnalisée, des rapports humains plus agressifs, des rythmes de travail plus tendus... Et dans ce contexte, il leur est demandé de porter le changement, mais tout change déjà autour d'eux !

Dans cet univers en mouvement, des positions très contrastées s'expriment publiquement : des replis identitaires et corporatistes, des exigences catégorielles parfois disproportionnées côtoient des *credo* vibrants de la modernité concurrentielle et nécessairement sélective. Les réponses syndicales et politiques hésitent entre la stratégie de la forteresse assiégée, le rejet compulsif au nom de la mort annoncée du service public et l'ouverture prudente et négociée. Pour autant, l'expression de la contestation sous ses formes traditionnelles, grèves et manifestations, ne connaît pour l'instant qu'un succès social relatif parmi les professionnels. Sur le terrain, dans le quotidien des hôpitaux qui ont ouvert le chantier du changement, les acteurs vivent la nouvelle gouvernance sur plusieurs modes : indifférence, méfiance, attente ou intérêt. Cinq sujets suscitent en particulier l'inquiétude. Comment y répondre ?

### *La logique de construction des pôles*

Le personnel médical, en particulier d'encadrement, exprime de fortes réserves sur le nouveau mode d'organisation des activités médicales. Les médecins craignent que la logique qui prévaut dans la configuration des pôles soit strictement gestionnaire et conduise à des regroupements d'activités dénués de cohérence médicale. Le pôle est perçu comme un « pôle de gestion » qui sera dirigé par un responsable médical lié par un contrat dont les objectifs seraient d'améliorer la rentabilité et de dégager des gains de productivité, à charge pour lui de répartir dans cette finalité les maigres moyens dont il disposerait. Cela risque de conduire à des regroupements « contre-nature » ne répondant à aucune logique de soins et ne reposant sur aucun projet partagé. La possibilité de laisser persister les structures anciennes (unité fonctionnelle, service, département, fédération de gestion) paraît alors un gage de souplesse pour prendre en compte les situations locales très variées et un rempart contre une organisation de l'hôpital bâtie selon une vision gestionnaire. En outre, l'obligation qui est faite à toute structure médicale d'intégrer un pôle, accroît cette perception d'une finalité strictement productiviste de cette nouvelle organisation.

À cette vision pessimiste, on peut répondre que le texte oriente vers des regroupements de services ayant des activités communes ou complémentaires et précise que « les établissements définissent librement leur organisation interne ». Il revient donc à l'instance

paritaire médico-administrative qu'est le conseil exécutif de proposer au conseil d'administration une logique de regroupement fondée sur un solide projet médical, construit et partagé par les acteurs soignants du pôle, où le parcours de soins du patient serait simplifié sinon unifié. À ce titre, une logique de regroupement fondée sur une pathologie (tumeurs solides et hémopathies malignes, par exemple) ou en fonction d'une approche d'organe (appareil locomoteur pour les affections des os, des articulations et des muscles, par exemple) ne peut qu'améliorer la prise en charge du patient présentant ces pathologies. La taille du pôle est laissée au libre choix de l'établissement. Il n'y a pas de réelle obligation réglementaire à regrouper l'ensemble des activités médicales et médico-techniques d'un établissement dans un pôle. Le choix est entre : avoir ou ne pas avoir une délégation de gestion.

### *La place du pouvoir médical*

Certains voient dans le responsable médical du pôle un potentiel mandarin qui par choix, par intérêt ou par l'obligation que lui confère le contrat qui le lie au « pouvoir administratif » et la délégation de gestion reçue du directeur, se comportera en gestionnaire pur et dur, gérant les moyens dans une logique de rentabilité financière. À l'opposé, les chefs de service, qui ont gardé leurs attributions médicales et thérapeutiques, mettront en œuvre des soins médicaux individuels optimaux sans réserve ni retenue, puisque déresponsabilisés de leurs attributions de gestionnaire.

Cependant, recentrer les attributions du chef de service sur les soins et la qualité des pratiques professionnelles, l'enseignement et la formation, la recherche et l'évaluation des nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques (missions auxquelles il a été formé) en le déchargeant des tâches de gestion ne peut être que favorable à l'accomplissement des missions dévolues aux services hospitaliers. Le contrat interne signé entre le directeur et le responsable médical du pôle doit être le reflet du projet médical du pôle construit avec et par les acteurs du pôle (donc les chefs de service, en particulier) et donc la garantie que les moyens seront affectés pour permettre la réalisation du contrat.

### *Le partage des ressources disponibles*

Le contrôle des dépenses de santé et l'amélioration de la productivité sont perçus comme l'imposition d'une contrainte lourde dont certains médecins ne veulent pas assumer la mise en œuvre : ils préféreraient laisser à l'administration la difficulté des choix qui en résultent.

Les pôles seront en concurrence dans l'allocation des ressources ; la compétitivité qui en résultera sera source de tensions entre les équipes.

Les promoteurs de cette réforme y voient à l'inverse l'opportunité d'une meilleure organisation, d'une responsabilisation accrue qui pourra dégager des marges de manœuvre permettant de réorienter l'activité. Développer de nouvelles activités avec le nouveau mode de financement des hôpitaux par la tarification à l'activité c'est générer des ressources supplémentaires. En débattre collectivement est un gage de meilleurs arbitrages au bénéfice de chaque patient et pour l'ensemble de la collectivité. Une certaine compétition entre les pôles permettra une émulation créative et sera source de progrès favorisant les initiatives en termes d'organisation pour une meilleure utilisation des ressources. Faire évoluer l'organisation par l'émulation, c'est faire participer chacun de façon active et dynamique.

### *Le management de l'hôpital*

Avec les pôles et les nouvelles instances, on assiste à une superposition de structures qui comporte le risque de bureaucratisation plus importante (échelons de plus dans l'organisation). Des conflits de positionnement ou de responsabilités au sein des pôles peuvent apparaître entre praticien responsable du pôle et chefs des services du pôle, entre cadre de santé auprès du praticien responsable de pôle et autres cadres du pôle. Cette crainte s'exprime par l'interrogation : « Qui décide ? » ; les candidats sont, en effet, nombreux : les personnels de « terrain », le chef de service, le praticien responsable de pôle, le conseil exécutif, le directeur...

Aussi bien, une véritable délégation de gestion permettrait de rapprocher la prise de décision de l'action et du terrain et alléger les circuits de décision, les pôles gérant librement leurs moyens et les responsabilités de chacun étant clarifiées.

### *La qualité des soins*

Le regroupement des services peut nuire à la qualité des soins : la mobilité des personnels au sein du pôle contrevient à la spécialisation nécessaire pour bien soigner en raison de la technicité de plus en plus grande des soins et d'une évolution de la médecine vers l'hyper-spécialisation. La crainte de la mobilité vécue par le personnel hospitalier est exprimée de manière indirecte comme une menace pour le patient qui subirait une baisse de la qualité des soins.

Pourtant, le fait de décloisonner des services ayant des activités communes ou complémentaires en les regroupant en pôle favorise une

approche plus globale de la personne malade. La prise en charge pluridisciplinaire du patient est un gage d'amélioration de la qualité. Le travail pluridisciplinaire est aussi une source d'enrichissement professionnel pour le personnel qui peut accroître son expérience, sa compétence, sa technicité et confronter ses valeurs d'accueil, d'hospitalité, d'humanité, de qualité des soins, ses savoirs, ses techniques. Le décloisonnement auquel conduisent les pôles pourrait ainsi favoriser une approche plus complète de la personne malade et une réponse plus satisfaisante à l'exigence professionnelle du personnel.

### *La démarche du changement*

Le texte de la nouvelle gouvernance espère introduire l'esprit du changement par la création de nouvelles structures et par une nouvelle organisation interne à l'hôpital. Il modifie l'organisation des soins, le fonctionnement médical comme la réalisation des prestations administratives ou logistiques avec une ampleur variable en fonction du niveau de délégation de gestion négocié avec le directeur de l'établissement.

Mais l'ambivalence des réactions suscitées par les réformes engagées se révèle aussi dans la précision pointilleuse des textes, précision qui ne peut qu'augmenter au fur et à mesure de la parution des décrets d'application. Il paraît contradictoire à beaucoup qu'un carcan très détaillé de procédures internes serve la dynamique de changement des professionnels, là où la souplesse et l'adaptation semblent le meilleur moteur à l'évolution des comportements.

Avant d'envisager la manière dont pourrait être conduite la démarche du changement, il convient de rappeler l'enjeu majeur de cette réforme de l'hôpital : il s'agit de reconfigurer l'hôpital, dans ses dimensions organisationnelle et managériale, autour du malade, plus d'ailleurs évidemment qu'autour de sa maladie. Obtenir des soins de meilleure qualité à moindre coût doit être l'un des attendus de cette réforme de l'hôpital. Vers quels acteurs se tourner pour réussir cette transformation ?

Les malades ou les usagers, parce que leur santé est en jeu, exercent une pression croissante pour recevoir des soins individualisés et de qualité. Leur place est de plus en plus reconnue dans diverses instances de l'hôpital. En face, les personnels hospitaliers qui perçoivent cette pression de l'utilisateur comme parfois pesante voire conflictuelle, éprouvent une profonde frustration car ils ont le sentiment de faire au mieux avec les moyens (souvent considérés comme insuffisants) mis à leur disposition.

La solution idéale (ou utopique) pourrait être de faire converger usagers et personnels hospitaliers sur les enjeux de ces changements

organisationnels et managériaux visant à répondre aux exigences de coût et de qualité, qui devraient être des objectifs partagés.

Plusieurs considérations doivent guider la démarche du changement :

- définir la cible du changement. Le changement est-il orienté vers les professionnels ou vers ceux pour qui ces professionnels produisent des services, c'est-à-dire les patients ? L'enjeu de la réussite est de convaincre les deux groupes d'acteurs – patients et professionnels – qu'ils seront à terme bénéficiaires et de les faire converger vers un objectif commun, même si les voies pour y parvenir sont propres à chaque groupe. Nous affirmons que, même face à la pression des usagers, la réforme ne pourra se faire qu'avec les professionnels de santé eux-mêmes, compte tenu du contexte actuel de désenchantement qu'éprouvent les praticiens, le personnel soignant et administratif. Il faudra prendre en compte autant la logique des usagers pour des soins individualisés de qualité que la logique des professionnels qui n'attendent pas un bouleversement de leur travail quotidien mais une écoute attentive à leurs difficultés. Traduire la nouvelle organisation et le nouveau mode de management en amélioration de leur travail quotidien, en prise de décision plus proche du terrain, en aide à la résolution de leurs problèmes, en coopération accrue entre équipes et entre les professionnels est la démarche qui pourrait susciter une adhésion ;
- adopter une démarche pédagogique pour les professionnels : expliquer pourquoi changer, définir les priorités du changement, préciser les fonctions de chacun, privilégier le discours sur la nouvelle organisation au discours sur les instances. Cette approche s'oppose ainsi aux stratégies de rejet d'acteurs soucieux de défendre des intérêts catégoriels indus.
- mettre en œuvre une démarche participative : le comportement des acteurs étant le moteur du changement, il faut laisser les acteurs libres de proposer de nouvelles solutions, de nouveaux arrangements qui peuvent surprendre parce qu'ils n'avaient pas été prévus et qui conduisent à changer de point de vue ; c'est en outre favoriser une approche fondée sur les résultats plus que sur la démarche elle-même, c'est enfin laisser les acteurs évaluer les nouvelles organisations.

La nouvelle gouvernance nous emmène dans une nouvelle culture comportant des ruptures par rapport à notre approche traditionnelle. Qu'elle soit perçue comme un changement ou comme une révolution, elle impose de travailler par étapes avec des horizons accessibles à tous.



L'évolution de la société de plus en plus centrée sur l'individu et l'attention croissante aux risques s'imposent au monde hospitalier. Le jeu social qui réunit soignants et soignés doit associer ses acteurs sur un ensemble de règles partagées. Le premier partage est celui de la gestion de l'institution entre les professionnels : en effet, la complexité, les coûts et les enjeux du fonctionnement hospitalier exigent, à l'inverse du passé, une approche commune. Ainsi, la dynamique de direction et la finalité médicale du soin doivent-elles trouver leur dénominateur commun sous peine d'implosion de l'hôpital. Le deuxième partage s'appuie sur le renouveau de la conception du soin qui, pour rester au sein du dialogue singulier soignant/soigné, se doit de prendre en compte l'ensemble des besoins en santé d'une population et la totalité des filières de soins constituée par l'offre. Le troisième partage exige la prise en compte rationalisée des nouvelles attentes des professionnels à l'hôpital, médecins y compris, en matière de conditions de travail en clarifiant la part des valeurs humanitaires et techniques. La nouvelle gouvernance peut contribuer à remettre sur le chantier la construction de ces nouvelles règles. Les hospitaliers sont prêts à en prendre le risque. Encore faut-il que la volonté politique soit clairement affichée. Encore faut-il qu'au-delà des discours et des engagements, les acteurs soient réellement reconnus dans les innovations qu'ils vont conduire.

Jean-Pierre d'Halluin, François Maury,  
Jean-Claude Petit, Chantal de Singly

## *Principes de régulation des dépenses hospitalières*

Depuis les années 1970, les dépenses de santé, en particulier celles destinées au financement des hôpitaux, n'ont cessé d'augmenter au point de devenir une question préoccupante pour l'ensemble des pays développés. En 2002, ces dépenses représentaient 9,6 % du produit intérieur brut français, 7,7 % au Royaume-Uni, 10,9 % en Allemagne et 14,6 % aux États-Unis<sup>1</sup>. Selon le système assurantiel mis en place, favorisant tantôt une couverture socialisée universelle et extensive, tantôt la participation d'assurances privées à la prise en charge du risque maladie, les États n'ont pas développé les mêmes visions du service public de santé ni les mêmes stratégies de financement des structures et des professionnels qui le font vivre. En contrepoint à cette diversité de l'accès aux soins et de la prise en charge du patient, se dégage nettement, depuis la fin des années 1970, une nécessité impérieuse et commune à tous les pays développés de contrôler les dépenses publiques et sociales, et plus particulièrement celles du système de santé, dans un contexte de libéralisation économique qui a fortement contraint l'ensemble des budgets de l'État. L'hôpital public, qui absorbe à ce jour dans les pays de l'OCDE entre la moitié et les trois quarts des budgets nationaux consacrés à la santé, n'échappe pas à la pression budgétaire ni aux plans de réforme.

Cette régulation indispensable des dépenses hospitalières repose sur le constat, admis, de trois tendances majeures :

- *la vieillissement de la population* : comptant aujourd'hui neuf millions de personnes âgées de plus de 65 ans, la France devrait en dénombrer 13 millions à l'horizon 2020, soit 40 % de plus qui représenteront alors 20 % de la population contre 15 % aujourd'hui<sup>2</sup>. Cette évolution induit des besoins nouveaux de prise en charge de la dépendance et d'accompagnement de la fin de vie ;
- *la forte croissance des prix des nouveaux médicaments et technologies* : molécules onéreuses en cancérologie, innovations technologiques majeures sur les plateaux techniques (imagerie, radiologie interventionnelle) ;
- *une nouvelle place de l'institution hospitalière dans le paysage sanitaire* qui encourage le *développement d'alternatives à l'hospitalisation* et un investissement conséquent dans la formation des professionnels à ces nouveaux aspects de la prise en charge (hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire, parcours de soins coordonné, coopération des secteurs public, libéral et privé, etc.).

### *Dotation globale contre financement à l'activité*

L'hôpital public a longtemps été considéré d'abord comme consommateur d'argent public avant d'être également reconnu comme producteur d'une valeur ajoutée que les travaux d'économistes de la santé ont progressivement rendue de mieux en mieux mesurable.

L'aspect « consommateur d'argent public » était caricatural jusqu'à récemment puisque les budgets hospitaliers ne comprenaient qu'une partie *dépense*. Si les budgets étaient formellement équilibrés sur le plan comptable par des recettes, celles-ci étaient non maîtrisables par l'hôpital, très largement indépendantes de son activité et constituaient en fait une *dota-*

1. Données Eco-santé OCDE 2004.

2. Chiffres issus du rapport préparatoire au schéma des services collectifs sanitaires, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Datar-Credes, La Documentation française, 2000.

tion, versée par l'assurance maladie. Cette règle de financement, dite du *budget global* imposait en début d'année pour chaque établissement un budget fondé sur ses dépenses antérieures puis ajusté (à la marge) sur la base d'un taux de progression déterminé par l'État en fonction de l'Ondam<sup>3</sup>. Ce dispositif n'offrait aucune incitation à l'amélioration quantitative et qualitative de la prise en charge et se traduisait par une iniquité de l'allocation budgétaire, encourageant les rentes de situation. Concrètement, les hôpitaux se trouvant par exemple dans des zones géographiques à forte poussée démographique et dont l'activité croissait rapidement voyaient leurs budgets stagner, alors même que des hôpitaux à l'activité décroissante, du fait de la diminution du besoin de soins hospitaliers sur leur territoire de santé ou pour toute autre raison, maintenaient le leur. De manière générale, plusieurs voix se sont élevées à la fin des années 1990 pour dénoncer les inégalités (budgétaires) entre les hôpitaux et revendiquer des principes d'allocation budgétaire plus justes<sup>4</sup>.

D'autre part, alors que le mécanisme du *budget global* était supposé ne développer aucun incitatif à la sélection des patients, à l'inverse d'un système de paiement à l'acte où le fournisseur de soin peut être incité à trier les patients les plus « rémunérateurs », de nombreux biais de recrutement étaient constatés, y compris dans les hôpitaux publics. Les acteurs hospitaliers ont ainsi pu constater, alors que la démographie devenait vieillissante, que les motivations à la sélection des patients à l'entrée d'un hôpital ou d'un service étaient bien plus complexes que les seuls incitatifs médico-économiques et qu'il était déjà difficile, pour les internes de garde aux urgences, de trouver un lit d'hospitalisation pour une personne âgée. La cause n'avait rien d'économique mais était directement liée au moindre intérêt porté à leur prise en charge.

L'hôpital public s'est, de plus, retrouvé confronté à deux exigences contradictoires : celle d'être performant dans un environnement concurrentiel avec un secteur privé important, et celle de devoir assumer, parfois seul, des missions de service public<sup>5</sup> (la formation, la recherche clinique, l'aide médicale urgente ainsi qu'une contribution, difficile à mesurer mais indéniable, à la lutte contre l'exclusion sociale par la garantie d'un égal accès pour tous aux soins hospitaliers).

Dans ce contexte, le mécanisme de *dotation globale*, réservé à l'hôpital public alors que les structures privées étaient rémunérées à l'acte, ignorait que le marché de la santé était activement régulé par deux facteurs : les besoins de santé et la part prise par l'activité privée, l'hôpital public ayant notamment pour fonction de palier l'écart entre l'un et l'autre. La *dotation globale* pour le public et une rémunération à l'acte pour le privé, financées par une couverture médicale socialisée (la sécurité sociale), conduisaient inéluctablement à une recherche d'efficacité économique pour les hôpitaux privés et à une efficacité non maîtrisable et en partie résultante des stratégies du secteur privé pour les hôpitaux publics<sup>6</sup>.

3. Ondam : objectif national de taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie, voté annuellement par le parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

4. L'ouvrage d'Elias Coca, *les Inégalités entre les hôpitaux*, publié en 1996, avait alors fortement marqué les esprits.

5. Articles L. 6111-1 et L. 6112-1 du Code de la santé publique.

6. Ce principe de financement dit de la dotation globale constituait néanmoins une évolution importante par rapport au mécanisme précédent qui prévoyait une rémunération sur la base du nombre de journées réalisées. Ce système était particulièrement inflationniste et surtout totalement désincitatif à une prise en charge optimale puisque plus le patient restait longtemps à l'hôpital et plus l'hôpital percevait de ressources.

Les critiques d'un système de financement jugé inepte par la majeure partie des acteurs d'une part et les travaux théoriques d'économistes sur l'efficacité allocative d'autre part ont progressivement conduit à une définition des objectifs principaux à atteindre par un système de financement des hôpitaux publics :

- rémunérer l'activité réalisée par les différents établissements de façon juste et équitable, en tenant compte de leur hétérogénéité (besoins de santé de la population couverte, structure du personnel, de l'activité, positionnement géographique,...) ;
- assurer le financement des missions d'intérêt général et de service public ;
- encourager une efficacité allocative maximale<sup>7</sup>, au sein des hôpitaux, par l'adaptation des moyens financiers à l'activité réalisée, et entre les hôpitaux en incitant régulièrement aux redéploiements de moyens en fonction des évolutions ;
- participer à l'équilibre général des dépenses de santé en assurant que la part de la richesse nationale consacrée aux soins hospitaliers est optimisée et contribuer ainsi à rendre pérenne le financement.

Dans ce domaine, la France a suivi un mouvement engagé aux États-Unis puis au Canada autour d'un mode de financement des hôpitaux fondé sur des tarifs fixes, dits « à la pathologie » ou « au séjour ».

Lancée en 2002, la réforme porte le nom de tarification à l'activité<sup>8</sup> et consiste à financer les hôpitaux sur la base de la moyenne des coûts observés pour chaque pathologie prise en charge. Un établissement est ainsi rémunéré en fonction des performances moyennes des autres et a donc pour objectif de produire son activité de soin à un coût inférieur ou égal à la tarification, donc au coût moyen qui la fonde<sup>9</sup>.

### *Une normalisation par l'économique ?*

Cette réforme financière de la tarification à l'activité consiste donc à basculer progressivement d'une logique de budget global vers un financement des hôpitaux directement lié à leur niveau d'activité.

Ce mécanisme est rendu possible par l'arrivée à maturité d'une première réforme lancée en 1986, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le PMSI consiste à coder le séjour de chaque patient pris en charge en hospitalisation selon une grille de groupes homogènes de malades (GHM) dont l'homogénéité est précisément définie par le niveau de coûts engagés dans la prise en charge. La classification du PMSI comprend environ 800 GHM qui peuvent être précisés par l'ajout d'une ou plusieurs comorbidité(s) dite *associée(s)*. Ce sont ces groupes homogènes de malades qui, rattachés à un coût moyen constaté dans un ensemble représentatif d'hôpitaux, sont transformés en un groupe homogène de séjours (GHS). Chaque GHS se voit attribué un tarif, théoriquement égal au coût moyen.

Ce mécanisme répond en théorie à plusieurs critiques du mécanisme antérieur et principalement à l'inertie de la dotation globale puisqu'un

7. Efficacité allocative entendue comme « choix optimal des facteurs de production et de la gamme d'activités en fonction des prix relatifs des facteurs et des produits », H. Leleu, B. Dervaux, F. Bousquet, *les Enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à la pathologie*, Paris, La Documentation française, 2005, p. 51 (dossiers « Solidarité et santé », n° 3).

8. Le jargon hospitalier a baptisé cette réforme T2A pour Tarification à l'activité.

9. Notons que ce mécanisme a pour effet de faire baisser les coûts moyens, donc les tarifs. Le modèle a été explicité par Michel Mougeot dans son article, « La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison », *Annales d'économie et de statistique*, n° 58, 2000.

hôpital dont l'activité augmente (ou baisse) doit voir son budget croître (ou décroître). D'autre part, tous les hôpitaux dont les coûts sont supérieurs à la moyenne ont un incitatif fort à rechercher les causes de leur moindre efficacité s'ils cherchent un équilibre financier.

Cette mécanique de financement conduit cependant à l'élaboration d'un tarif national, issu d'un coût moyen, dont les déterminants portent le risque d'une normalisation de la pratique médicale autour des critères économiques de référence. Une illustration est donnée par la durée moyenne de séjour, déterminante dans la construction des coûts hospitaliers qui dépendent largement de charges fixes (personnels, bâtiments...). Ainsi, tous les hôpitaux qui cherchent leur équilibre financier doivent rapprocher leurs coûts des tarifs, donc des coûts moyens. Ils doivent donc réduire les durées d'hospitalisation des patients dont le temps passé à l'hôpital est supérieur à la référence. Le coût moyen, et donc le tarif, est également déterminé par une certaine quantité de médicaments ou d'examen complémentaires (biologie, imagerie). Selon le même principe, un équilibre financier dans ce contexte doit être recherché par la réduction des écarts de coûts entre la prise en charge d'un patient donné et celle du patient de référence. Ce risque de l'intrusion de la référence à une moyenne économique dans la prise de décision médicale doit être au cœur d'une réflexion éthique, à la fois médicale et gestionnaire, pour maîtriser le lien entre un raisonnement macroéconomique d'équilibre budgétaire et l'action individuelle de prise en charge d'un patient. Toute prise en charge médicale est par essence spécifique et ne peut se rapporter à une prise en charge moyenne. En ce sens, le dispositif doit gérer de manière adaptée la contradiction entre un principe de normalisation économique, pour le moment fondé sur la moyenne<sup>10</sup>, et celui, fondamental pour les patients, d'adéquation du soin à leurs besoins. Si la complexité du système et la taille critique des hôpitaux rendent actuellement peu probable le risque d'une traduction des déterminants des coûts au niveau de la prise en charge individuelle (en imposant une durée de séjour par exemple), l'adaptation et le perfectionnement des outils informatiques fourniront des réponses techniques et nécessiteront qu'une réflexion éthique partagée encadre les raisonnements médico-économiques.

### *Des patients rentables ?*

Des questions comme : « Y a-t-il des patients rentables ? » « Le système est-il favorable à prendre en charge les pauvres ? » hantent les débats dans les hôpitaux autour de la tarification à l'activité. Ce sujet de la précarité renvoie à des questionnements fondamentaux sur le rôle de l'hôpital public et à la symbolique de l'opposition entre les secteurs publics et privés. La tarification à l'activité comprend un réel risque de sélection des patients pour deux raisons : l'anticipation, d'une part, que pourraient faire les gestionnaires de l'écart de coût prévisible entre le tarif de référence et le coût réel de prise en charge d'un patient donné, la tentation d'autre part de spécialisation d'une structure (tel hôpital) ou d'un type de structures (le secteur privé par exemple) autour des prises en charge dont la croissance en volume permet de faire des économies d'échelle<sup>11</sup>.

10. On peut espérer que les tarifs seront un jour déterminés non par la moyenne observée dans un groupe d'hôpitaux mais par le coût théorique de la mise en œuvre de bonnes pratiques médicales validées pour la prise en charge d'une pathologie donnée.

11. En orthopédie, la pose de prothèse correspond à cette situation : plus un service et un bloc opératoire posent de prothèses et plus les coûts moyens diminuent grâce à des économies sur le coût d'achat des prothèses, la mise à disposition permanente du matériel utile par le fournisseur, etc. À l'inverse, les économies d'échelle en obstétrique sont faibles, le coût d'un accouchement supplémentaire étant proche du coût moyen.

Le risque de sélection le plus inquiétant pour l'hôpital public est celui lié à la précarité : un patient en situation de grande pauvreté, dans un état de santé général plus dégradé que la *moyenne* pour une pathologie identique, voire dont les difficultés sociales – de logement par exemple – seraient incompatibles avec une sortie rapide de l'hôpital, pourrait engendrer des coûts supérieurs au tarif de référence. On peut constater que si le mécanisme de la *dotation globale* qui assurait des recettes à l'hôpital indépendamment de son activité ne comprenait effectivement aucun incitatif économique à la sélection des patients, il ne portait non plus aucun incitatif à trouver des solutions adaptées pour assurer la sortie d'un patient au plus vite, voire éviter ses hospitalisations itératives. La question, historique, de la prise en charge des pauvres à l'hôpital et du financement des soins qui leur sont prodigués, se pose ainsi de manière nouvelle. La première difficulté est celle de l'évaluation des coûts spécifiquement liés à la situation de précarité, toutes autres choses égales par ailleurs. Si l'existence des coûts de la prise en charge à l'hôpital des patients précaires pouvait être démontrée, le mécanisme prévoit en théorie que ces coûts soient intégrés à l'échelle nationale qui sert de base au calcul des tarifs. Enfin, l'extension ou l'adaptation des catégories de codage du PMSI à des indicateurs de précarité (certains existent déjà) permettrait à un hôpital de valoriser quantitativement le nombre de patients qui occasionnent un surcoût à ce titre, et donc d'en faire valoir le besoin de financement. En théorie toujours, l'équité de financement entre hôpitaux prenant en charge des patients précaires et les autres serait garantie, évitant toute tentation de sélection des patients sur des motifs économiques.

Si, en théorie, des mécanismes peuvent rendre compatibles T2A et équité de traitement des patients, c'est la difficulté pratique de rendre objectifs et consensuels les différents indicateurs qui peut créer un biais de sélection des patients.

Deux raisonnements doctrinaires, opposés, mais dont les effets peuvent être analogues contribuent à cette difficulté. Le premier suppose que la tarification à l'activité est d'un fondement par essence libéral et considère comme un *a priori* que la prise en charge des pauvres est exclue d'un tel mécanisme de financement. Dans ce cadre, la critique de la T2A s'appuie sur des positions générales antilibérales. Les positions libérales viennent en écho conforter la suspicion d'une sélection possible des patients puisqu'elles n'affichent pas une opposition de principe à un tel résultat, au-delà des débats techniques sur les modes de financement.

Dans les deux cas, et compte tenu de la grande complexité du mécanisme, ces arguments de principe peuvent prévaloir sur l'analyse technique des effets incitatifs réels. Ainsi, non seulement la sélection des patients à l'entrée de l'hôpital n'est pas une nouveauté issue de ce mode de tarification mais en plus ce ne sont pas les incitatifs médico-économiques objectifs qui génèrent cette sélection mais bien les *a priori* de doctrine.

### *Financement local, équilibre national*

La réforme de la tarification à l'activité ne vise pas seulement à mettre en œuvre un mécanisme de meilleure efficacité allocative des moyens financiers entre les hôpitaux. Elle a également pour ambition de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé par une meilleure régulation de la dépense hospitalière. Ainsi, un mécanisme complexe de régulation macroéconomique vient contrecarrer la logique exposée jusqu'ici de lien entre les coûts moyens, le tarif et le financement d'un hôpital. Pour éviter l'effet inflation-

niste qui serait engendré par une progression globale d'activité, la réforme a prévu une régulation prix/volume : lorsque les volumes d'activité augmentent, les tarifs (les prix) baissent. Concrètement, le vote de l'Ondam par l'assemblée nationale demeure la référence en matière de progression des dépenses d'assurance maladie. Au sein de l'Ondam général, un Ondam hospitalier est décliné et le lien entre les coûts moyens et les tarifs est pondéré en fonction de la croissance en volume afin que la progression des coûts soit cohérente avec l'Ondam. La tarification à l'activité est ainsi appelée à remplir deux fonctions, peut-être contradictoires : celle d'allocation budgétaire et celle de régulation macroéconomique. La conciliation entre ces deux fonctions sera particulièrement complexe puisque celle de régulation macroéconomique tend à provoquer un décrochage des tarifs et des coûts alors même que celle d'allocation budgétaire nécessite justement que les hôpitaux puissent confronter leurs coûts réels constatés à des tarifs de référence sincères.

La réforme de la tarification est complétée par deux dispositifs. D'une part, dans le cas par exemple d'un hôpital universitaire ayant des fonctions d'enseignement, de recherche, de recours et plus globalement des missions d'intérêt général, la réforme prend en compte le fait qu'une part des missions ne peut pas entrer dans le champ d'un mécanisme de financement à l'activité. Des enveloppes de financement *ad hoc* ont ainsi été prévues : l'une au titre des missions d'enseignement, recherche, recours et innovation (dite enveloppe Merri), l'autre au titre des missions d'intérêt général ou d'aide à la contractualisation pour accompagner des opérations de restructuration majeures (dite « enveloppe Migac »). D'autre part, les médicaments et dispositifs médicaux onéreux sont financés en sus des tarifs de GHS et remboursés à l'hôpital *a posteriori* sur la base de la dépense réelle.

Intégrés dans la logique générale d'équilibre global de la dépense hospitalière dans le cadre de l'Ondam, ces deux derniers points posent le problème du devenir d'activités non explicitement financées dans un système fondé sur la *tarification à l'activité*. Concrètement, puisque les hôpitaux connaissent actuellement une contrainte financière forte, et puisque certaines activités ne sont pas dans le champ de la tarification selon les tarifs des GHS, l'équilibre financier de certains hôpitaux pourrait reposer sur le choix d'abandonner telle ou telle activité peu ou mal rémunérée au titre des missions d'enseignement, de recherche ou des missions d'intérêt général par exemple.

Il n'existe actuellement aucun mécanisme de nature à éviter ce type de comportement et il est à craindre que le maintien d'une contrainte financière forte, associée à une part de tarification à l'activité de plus en plus élevée<sup>12</sup>, mènent à une définition des orientations de la politique hospitalière sur des bases économiques, en contradiction avec des orientations de santé publique au niveau national ou du territoire de santé.

Cette dérive pourrait être évitée par deux évolutions possibles de la réforme de la tarification à l'activité. La première consisterait, à l'instar de la voie suivie par les hôpitaux publics québécois<sup>13</sup>, à passer d'une tarification à l'activité à un financement fondé non plus sur les patients effectivement pris en charge mais sur le besoin estimé de recours aux soins hospita-

12. La réforme de la tarification à l'activité se met en œuvre progressivement, sa part dans les budgets hospitaliers ayant progressé de 10 % en 2004 à 35 % en 2006 pour atteindre le palier de 50 % en 2007.

13. Anne Lemay, *la Détermination du budget global des hôpitaux avec les DRG, description et enjeux de l'expérience québécoise*, Paris, La Documentation française, 2002 (dossiers « Solidarité et santé », hors-série).

liers d'une population d'un territoire de santé donné. Le système repose alors dans sa globalité sur la construction d'un coût par cas attendu, obtenu grâce à un modèle économétrique<sup>14</sup>, qui sera ensuite comparé au coût réel observé dans les établissements : cela doit permettre de déterminer la performance de l'hôpital. Le calcul du volume de services attendu par région repose sur l'analyse des facteurs déterminants des besoins en santé : l'âge, le sexe, l'indice de *défavorisation matérielle* qui veut rendre compte de la privation de biens et de commodités de la vie courante sur une échelle de 1 à 5 et l'indice de *défavorisation sociale* qui entend refléter la fragilité du réseau social tant à l'échelle de la famille que de la communauté. Cette orientation permet de développer des incitatifs financiers ou de gestion articulés avec les besoins de soins d'une population.

L'autre évolution possible consisterait à accompagner les incitatifs médico-économiques qui visent l'optimisation de l'allocation des moyens par des contrats d'objectifs, comme il était d'ailleurs initialement prévu par les initiateurs de la réforme, engageant la puissance publique et les responsables hospitaliers. Ces contrats comprendraient notamment des objectifs de maintien ou de développement d'activités ou de modes de prise en charge selon les orientations définies par les politiques de santé publique.

### *Financement des hôpitaux : un débat d'experts*

Le mécanisme de la tarification à l'activité exposé jusqu'alors, pourtant au cœur du fonctionnement des hôpitaux, est devenu d'une telle complexité que sa compréhension se limite progressivement à un petit nombre d'experts. Et même dans ce cas, le principe de la régulation macroéconomique prix-volume au niveau national empêche un quelconque acteur de prévoir l'évolution des tarifs où des volumes d'activité pour une période à venir, l'un et l'autre interagissant. Ceci pose le problème de la maîtrise de la politique hospitalière et donc d'une part importante de la politique de santé du pays. Prenons l'exemple de la prise en charge de la douleur, souvent jugée insuffisante dans les hôpitaux et qui fait régulièrement l'objet d'annonces gouvernementales ou de prises de positions et d'interpellations de représentants d'associations de malades ou de professionnels. Une politique volontariste dans ce domaine nécessite désormais une action délibérée sur les tarifs des groupes homogènes de séjours pour les biaiser en rendant le tarif attractif par rapport aux coûts correspondants et escompter ainsi que des acteurs (rationnels) s'engagent dans une politique active de prise en charge de la douleur dans les hôpitaux. L'alternative est le financement au titre des missions d'intérêt général dans le cadre d'une enveloppe financière *ad hoc* et sous réserve de la mise en œuvre des contrôles adéquats pour s'assurer de la réalisation des projets. Dans les deux cas, la mise en œuvre de la décision politique doit passer par un processus technique complexe, peu lisible avec une grande distance (notamment temporelle) entre la prise de décision et sa réalisation.

Dans le cadre de la réforme du financement de l'hôpital public, la question de la mesure de la « productivité hospitalière » se pose de façon récurrente autant que sa définition ne cesse d'alimenter le débat. Précisément, alors que les coûts d'un hôpital sont aisément identifiables, la mesure de son activité, indispensable aux évaluations d'efficience, est rendue extrêmement

---

14. Les variables explicatives usitées sont : un indice de complexité des cas (niveau d'intensité relatif des ressources utilisées), un facteur d'intensité des activités d'enseignement, l'éloignement de l'hôpital par rapport à un grand centre et le pourcentage de cas pondérés de néonatalogie.

complexe par l'hétérogénéité de la production de soins. Au-delà de la complexité technique à mesurer la production d'un hôpital et à agréger des unités (patients, actes, pathologies...), le débat économique se heurte également à des questionnements éthiques fondamentaux sur la pertinence même d'une mesure quantitative de l'activité. À un moment où le vieillissement de la population augure une prédominance des multipathologies chroniques et de la nécessaire mise en réseau des acteurs de la santé (hôpital, médecine de ville et secteur médico-social), on peut s'interroger sur la pertinence d'une réforme centrée sur le calcul des coûts par séjour des patients en phase aiguë.

La tarification à l'activité est certainement une opportunité pour les hôpitaux de s'interroger sur leurs modes d'organisation et d'associer plus lisiblement les contraintes budgétaires et la nécessaire planification des soins à l'échelle locale et nationale. Il y a fort à parier cependant qu'elle va exiger, de plus en plus, un effort concerté de tous les professionnels à l'œuvre dans ces structures, administratifs, soignants et médicaux, autour d'une volonté délibérée de garantir un service public de qualité.

François Crémieux, Marie Deugnier\*

---

\* Respectivement chef du service du budget à la direction des finances de l'AP-HP et élève de l'École nationale de la santé publique et doctorante du laboratoire Legos, université Paris-IX Dauphine.