

L'économie du système hospitalier ; Le délicat problème de l'incitation

Philippe Mossé, Lest UMR 6123

Moscou, octobre 2004

mosse@univ-aix.fr

texte de la communication donné lors du “worshop”

“Economie des systèmes de santé français et russe”, Moscou, décembre 2004 ¹.

Introduction

Par l'ampleur de sa place économique, par les valeurs dont il est porteur (de solidarité, mais aussi de forte technicité et d'excellence professionnelle) l'hôpital est l'un des lieux où se concentrent les défis et quelques unes des tensions présentes dans toute la société.

Depuis son origine, l'économie de la santé, et singulièrement celle de l'hôpital, fait la démonstration de ce que K. Arrow appelait les “spécificités” de l'industrie des biens et services de santé (Arrow, 1963). Confrontant ce secteur au modèle de l'économie classique, il concluait que, dans la santé, le Marché ne pouvait être le mode de régulation ou de coordination dominant.

Cette approche, développée par Akerlof (1976) à propos de l'incertitude sur la Qualité ou par Granovetter (1985), via la notion “d'encastrement” ou *embeddedness*, a été appliquée, à des degrés divers, à l'ensemble des activités économiques et sociales. Elle montre que la logique marchande tire son sens et son efficacité des institutions qui l'encadrent.

¹ Une version révisée de ce texte est à paraître en russe dans un prochaine livraison du Health Management Journal, Moscou.

Or, la question de la place du Marché revient en force aujourd'hui dans les programmes de politique économique et particulièrement ceux concernant des secteurs tels l'éducation ou la santé où la présence simultanée d'organisations privées et publiques est traditionnelle.

Cette tendance, qui rejoint celle du "nouveau management public", est relayée par nombre d'organismes internationaux. Ceux-ci, tels l'Ocde ou le FMI, poussent à libéraliser des secteurs économiques dont l'efficacité provient pourtant de l'équilibre donné par un marché administré (cf. Tragakes et Lessof, 2003).

Ainsi, s'agissant notamment des évolutions récentes, apparaît l'idée d'un hôpital illustratif, voire fer de lance, de la volonté de modernisation, laquelle serait faite de mise en concurrence et de responsabilisation individuelle. De ce point de vue, le système hospitalier est le lieu par excellence de la mise en place d'une nouvelle "gouvernance" pour des services publics en quête de légitimité. Par ce terme de gouvernance, on entend rendre compte de l'existence d'un nombre croissant de parties prenantes légitimes pour intervenir dans la gestion ou le management d'une organisation. Issu du monde de la grande entreprise ("corporate governance") ce vocable est aussi utilisé pour signifier la difficulté et l'incertitude qui président à la régulation d'un ensemble croissant de secteurs de l'économie publique.

Dans cette perspective, et compte tenu du contexte de l'hôpital français, où la régulation est à la fois centralisée et fondée sur une assurance maladie obligatoire et universelle, deux tensions apparaissent particulièrement décisives.

La première tension qui parcourt le système hospitalier et son économie concerne le choix, politique et économique, de la dynamique de la rationalisation. Voulant éviter les coûts de la bureaucratie et se défiant des présumés bienfaits de la concurrence généralisée, la France s'est engagée dans une définition et une mise en œuvre d'une forme de régulation inédite. Son objectif est de maintenir le pouvoir de la tutelle centrale tout en donnant aux hôpitaux une plus grande liberté d'action. En effet, celle-ci est supposée conduire à une décentralisation des décisions, à une plus grande responsabilisation et, au final, à une plus grande efficacité. Pour atteindre cet objectif, un équilibre dynamique a été d'abord recherché, puis désormais établi, entre la planification et l'autonomie des établissements. Dès lors, il s'agit, pour tous les acteurs, de gérer la tension entre, d'une part, la marge de manoeuvre de l'organisation hospitalière et, d'autre part, la légitimité de l'acteur censé la contrôler. Cette tension est bien entendu accrue par la volonté de maîtriser les coûts de l'hôpital et, notamment, ceux qui incombent à l'assurance maladie.

La seconde tension est d'ordre gestionnaire. Elle est due au fait que, dans toutes les organisations productives émergent à la fois des impératifs de flexibilité (eux-mêmes liés à une obligation de performance) et des impératifs d'engagement et de mobilisation (dans des projets, de la polyvalence, etc.). Il y a donc une véritable contradiction entre la volatilité des rapports au travail (par exemple, à travers des contrats de courte durée) et le nécessaire attachement à l'entreprise que suppose une implication portée à un niveau toujours plus élevé.

Certes, cette tension n'est pas nouvelle, mais aujourd'hui, la coordination de professionnels de plus en plus compétents est rendue à la fois plus difficile et plus nécessaire. Dans certains lieux l'engagement et la source de la coordination résident dans la polyvalence des employés et la reconnaissance de leur savoir faire.. Cela s'est traduit par la mise en place de formes diverses de "participation directe". Ainsi, par exemple, les Cercles de Qualité ont constitué une mode managériale adoptée dans de nombreuses entreprises. Cette pratique et, aujourd'hui, la mise en place de "démarches qualité" certifiées, a eu quelques résultats bénéfiques. Mais les conditions de son succès apparaissent assez restrictives. Il faut par exemple que les buts (et notamment, les critères de performance soient identifiables et collectivement partagés.

Or, à l'hôpital, et contrairement à ce que demandent ces démarches, c'est la concurrence monopolistique et non la coopération qui est l'horizon des stratégies et des comportements des professionnels. C'est à dire que la marge de manoeuvre des acteurs de l'organisation (dont Michel Crozier a montré qu'elle était source de pouvoir) se construit à travers la définition de territoires délimités et fermés.

En conséquence, à l'intérieur du système hospitalier comme à sa périphérie, la logique de la spécialisation domine sans partage. Cette spécialisation est la traduction concrète et professionnellement légitime de cette stratégie territoriale. Elle correspond donc à une logique médicale définie. Mais elle est aussi la source de gaspillage, de conflits et de problèmes de qualité. Par exemple, du fait de cette organisation à la fois professionnelle et productive, le malade n'est pas considéré dans sa totalité, des examens peuvent être reproduits plusieurs fois, etc.

Dans le cas français, cette tension est encore plus forte du fait d'un secteur commercial très présent (cf. tableau 1).

C'est pour cette ensemble de raisons que la question des cloisonnements multiples et des manières d'y remédier est, depuis les années 80, au centre de la plupart des réformes.

Dans une première partie on montrera comment un équilibre entre contrat et planification a été recherché pour améliorer l'équité et l'efficacité du système hospitalier.

Dans une deuxième partie, les outils mis en place pour gérer la tension entre le besoin de cohésion et l'accent mis sur l'initiative individuelle dans l'hôpital seront analysés. La place tenue par le Projet d'établissement et par l'ouverture de l'hôpital sur son environnement sera notamment mise en exergue à travers l'exemple de l'émergence des "réseaux".

I/ L'hôpital : une institution située

En France, singulièrement depuis la réforme Debré qui, en 1958, a créé les hôpitaux universitaires, le pouvoir médical se nourrit du prestige et de l'excellence de la médecine hospitalière. C'est dans ces hôpitaux que se définissent les pratiques d'excellence. Les autres médecins sont invités à positionner leur propre pratique en référence avec celles des médecins hospitaliers. Les dispositifs de formation, de reconnaissance des diplômes et de rémunération renforcent cette tendance. Par ailleurs, le système hospitalier, comme l'ensemble du système de soins est conçu et régulé de façon pyramidale. Au sommet, les hôpitaux universitaires à forte technologie, aux séjours de plus en plus brefs ; à la base, les hôpitaux locaux qui sont souvent le refuge de personnes âgées aux problématiques autant sociales que sanitaires. S'ajoute à ce tableau, la hiérarchie des spécialités médicales qui place au sommet la Chirurgie (avec ses pratiques planifiables) et, à la base, les "Urgentistes" dont l'activité est, par définition, polymorphe et non programmable. Les enjeux, professionnels et économiques, liés à la segmentation du corps médical constituent donc un élément essentiel de la dynamique hospitalière.

Si bien que la faiblesse de la coordination est, depuis toujours, l'une des cibles majeures des réformes en cours. Par divers moyens, ces réformes tentent de rétablir ou d'établir des collaborations entre les niveaux (local, régional et national) ou entre les professionnels. Ici c'est la régulation de l'opposition entre les médecins et les managers² (à l'hôpital public ce ne sont jamais des médecins) qui est la clé principale.

² Pour donner du sens et du poids à la notion de corps professionnel et pour contrebalancer le pouvoir médical hospitalier, tous les directeurs d'hôpitaux sont formés dans une seule école (l'école nationale de santé publique, située à Rennes en Bretagne).

En 1996 paraissait un ouvrage collectif intitulé "L'hôpital stratège". Les différentes contributions montraient que, au delà de l'existence de contraintes réglementaires et budgétaires croissantes, l'hôpital français demeurait, globalement, maître de son destin. En obtenant, dans le cadre de négociations souvent directes avec le ministère, des ressources toujours plus importantes, l'hôpital (privé ou public) bénéficiait de marges de manœuvre réelles. Elles correspondaient à ce que les spécialistes de la science politique appellent "la régulation croisée" (Duran et Thoenig, 1996). Pourtant, une observation rapide des outils à la disposition des tutelles (carte sanitaire ou, plus récemment, le budget global) ne permettait pas de supposer l'existence d'une telle autonomie. C'est que ces outils se sont révélés soit non effectifs (la carte sanitaire) soit inefficaces (le budget global) pour instaurer une véritable régulation.

La rupture avec ce régime intervient en 1996, lorsque les réformes successives font peser sur les hôpitaux des contraintes de plus en plus fortes. Celles-ci, moins quantitatives ou financières que qualitatives, n'en sont pas moins réelles. Avec la contractualisation, qui se met en place dès le début des années 90, une contrainte nouvelle et paradoxale pèse sur des hôpitaux: l'obligation de contracter (I.1) et donc de construire des compromis (I.2). L'objectif étant explicitement la rationalisation de l'allocation des ressources, les changements qui affectent les modalités de financement, constituent le cadre de cette contractualisation contrainte (I.3).

I.1/ Le contrat avec la tutelle : peut on contracter dans l'asymétrie ?

Depuis les réformes de 1991, et plus encore depuis les Ordonnances de 1996, le rôle que l'Etat s'assigne en matière de définition et d'élaboration d'une véritable politique hospitalière est clair. Associer les établissements eux-mêmes et leurs acteurs à la maîtrise de l'ensemble du système. Le constat d'une offre pléthorique et d'une absence de pilotage sont les points de départ de ces changements. Encore faut-il qu'ils soient partagés par les protagonistes.

C'est pourquoi, il s'agit de restructurer dans la légitimité ; c'est à dire de faire en sorte que l'encadrement des ressources financières soit compatible avec la satisfaction de besoins croissants. Dans cette perspective, la contractualisation est apparue comme la méthode la plus efficace. Dans le cas français, elle repose de plus sur un dispositif au sein duquel l'expertise et les Agences jouent un rôle essentiel.

En effet, pour conjuguer rationalisation économique et légitimité sociale, la France a opté pour une forme accrue de décentralisation. En matière hospitalière toutefois, la voie choisie en

France depuis une décennie, est inédite. Contrairement à ce qui s'est passé dans d'autres secteurs après la décentralisation (intervenue dans les années 80), la dévolution régionale ne s'est pas appuyée sur des acteurs préexistants (Conseils régionaux ou Généraux, Drass, etc.) mais sur un acteur nouveau : l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) (cf. Mossé et Verdier, 2003). Ces Agences, leur Directeur et leur personnel en nombre réduit sont censés organiser et réguler l'ensemble du secteur hospitalier et public sur une base régionale et concertée. A l'époque de leur création les interprétations divergeaient quant à la nature (jacobine ou girondine³) de ce nouvel acteur. L'objectif était de créer les conditions d'une "restructuration" que les acteurs historiques (sécurité sociale et Etat déconcentré) n'avaient pas pu organiser mais sans toutefois créer d'oppositions majeures de la part de ces acteurs historiquement dominants.

Pour les uns, la création des ARH était d'abord une reprise en main par l'Etat d'une politique hospitalière engluée dans les cloisonnements sectoriels et enchâssée dans les enjeux locaux ; pour d'autres, il s'agissait au contraire de dessaisir l'Etat déconcentré de ses prérogatives au profit d'une vraie décentralisation. On craignait surtout que celle-ci accroissent les inégalités et l'arbitraire.

Dans la réalité, ces deux conceptions du rôle de l'Etat cohabitent aujourd'hui dans les outils et les représentations des acteurs de la régulation du système hospitalier.

D'une part il est incontestable que la contractualisation est fondée sur un engagement entre chaque établissement et son Agence Régionale. Issu d'une négociation interne d'abord (avec le projet d'établissement; cf. infra), externe ensuite. En effet, depuis 1990, un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, véritable outil de planification régionale, fixe un cadre aux négociations concernant les fermetures ou les développement d'activités médicales. Ces Schémas sont établis sur la base de rapports d'experts en santé publique réunis en "conférences" régionales et nationales ; le tout sous l'égide d'un Haut Comité.

Cet ensemble se concrétise dans une démarche officielle et formelle autour de la signature d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) entre chaque hôpital et son Agence régionale. Ce contrat (signé pour quatre ans) correspond à une forme d'intervention de l'Etat innovante (cf. Annexe 2) mais qui rejoint des aspirations à l'autonomie et à la reconnaissance qui sont anciennes.

³ Ces qualificatifs désignent deux groupes politiques actifs durant la Révolution française de 1789 et divisés, notamment, sur le point de savoir si le nouvel Etat devait reposer sur une forte centralisation ou laisser une part du pouvoir aux notables souvent issus de l'ancien régime. Napoléon tranchera ce débat (ancien et toujours actuel) en faveur d'une forte centralisation administrative.

D'autre part, une conception technique, planificatrice d'un Etat dominateur continue de se déployer. Son champ d'application s'est sans doute réduit mais il reste essentiel. D'une part l'élaboration des normes (d'équipement, de personnel, etc.) et des agréments (autorisation, accès des patients aux prises en charge par l'Assurance maladie) correspond toujours, à une définition nationale. On voit d'ailleurs mal comment ces décisions pourraient être prises sur des bases régionales au risque d'un éclatement du système. Mais, par ailleurs, c'est toujours au niveau central que les enveloppes budgétaires régionales sont fixées. Les régions n'ont pas le droit de lever des impôts supplémentaires qui permettraient d'améliorer de façon éventuellement différenciée, la situation des hôpitaux dans certaines régions. Cette possibilité (largement saisie, par exemple en Italie) est sans doute trop contraire à une régulation basée sur la recherche d'une égalité "républicaine".

Pour inciter l'hôpital à jouer le jeu de la régulation, le COM est obligatoire entre un hôpital dépendant et une ARH qui, de plus en plus, agit en représentant de l'Etat et de moins en moins comme un acteur régional.

C'est d'ailleurs pour revitaliser la décentralisation que le ministre de la santé a lancé à l'automne 2003 un plan appelé "plan hôpital 2007". Un des objectifs de cette nouvelle politique est, notamment pour rénover un parc hospitalier vétuste, de faire entrer dans le jeu la Région et son organe politique, le Conseil Régional. Celui-ci, en parallèle à l'action des ARH, doit mobiliser les politiques locales pour, notamment, favoriser l'investissement en utilisant toutes les possibilités offertes par les nouvelles coopérations ou partenariat publics – privés.

Il y a donc une persistance des deux logiques (descendante pour les ressources, ascendante pour les projets). C'est pourquoi des compromis sont nécessaires et nécessairement définis par les acteurs locaux.

I.2/ Compromis et arrangements

Des arrangements entre les acteurs du système hospitalier sont d'abord visibles au niveau national, parce que les enveloppes sont calculées selon des algorithmes techniques mais votées démocratiquement par le Parlement ; lequel, en l'occurrence, demande à être toujours plus éclairé. C'est aussi à ce niveau qu'est mise effectivement en place la "péréquation" budgétaire dont le but est de réduire les inégalités entre les régions par le biais d'une politique nationale volontariste. Ces arrangements sont également visibles au plan régional car les répartitions des dotations entre les

établissements sont fonction pour partie des budgets antérieurs et, pour partie, du degré d'engagement des hôpitaux dans le jeu contractuel.

Cette ambivalence tranche avec la situation qui dominait durant les années 60 ou 70, lorsque le prix de journée donnait toute latitude à l'hôpital pour peser sur la croissance de ses propres ressources. Elle tranche aussi avec les premières années du budget global où la tutelle (c'est à dire le ministère de la santé) n'avait d'autre arme, pour (laborieusement) juguler l'accroissement des dépenses, que de reconduire mécaniquement les budgets d'une année sur l'autre.

Compte tenu des singularités des situations locales il n'est pas étonnant que ces combinaisons conduisent à un ensemble d'une très grande diversité.

Ainsi par exemple, la contractualisation elle-même a eu du mal à se concrétiser. En juin 2000 environ 8% des établissements avaient signé un COM. Plus encore ce pourcentage se révélait extrêmement variable d'une région à l'autre (de 3 à 75% pour s'en tenir aux dix plus grandes régions). Ces disparités n'empêchent pas les hôpitaux de se rénover ; mais dans les régions où peu de COM sont signés on peut penser que la reconduction des dépenses est la règle, alors que dans les régions où, au contraire, la contractualisation avance, elle permet conformément au modèle formel, de restructurer dans la légitimité.

Aujourd'hui et au-delà de la question des disparités entre régions, il s'agit de profiter des apprentissages que la contractualisation permet pour la renforcer et la rendre partout effective.

Comme le prédit la "théorie de l'agence", la question centrale est bien ici celle de l'incitation. En effet, l'hôpital n'a pas spontanément intérêt à révéler son éventuelle stratégie à la tutelle ; de son côté, celle-ci n'est pas en position de connaître l'information qui serait utile pour allouer de façon optimale les ressources entre les établissements.

C'est pourquoi à cet ensemble de procédures vient désormais s'ajouter une nouvelle méthode d'allocation des ressources qui vise à harmoniser les informations provenant des deux secteurs (public et privé). Elle cherche aussi (et surtout) à récompenser les établissements les plus performants.

I.3/ L'harmonisation par le financement

Pendant longtemps les établissements publics et privés bénéficiaient du même mode de financement: le prix de journée. Malgré les critiques dont il fait aujourd'hui l'objet, force est de constater que le prix de journée a permis le développement spectaculaire du système hospitalier et

l'attraction de ressources considérables. De plus, il a victorieusement accompagné la mutation technologique, sanitaire et professionnelle de l'hôpital français.

Mais, inflationniste et incapable de réduire les inégalités entre hôpitaux, sans pour autant atteindre les objectifs de qualité et d'efficacité, cette technique d'allocation des ressources allait devenir, au début des années 80, le bouc émissaire des réformateurs. Un taux directeur introduit dès le milieu des années 70, et qui était censé limiter le taux de croissance annuel moyen, n'a en rien ralenti les dépenses. La carte sanitaire, outil grossier de planification régionale, a été un échec. Il s'est avéré que ce système utilisé de façon opportuniste par les directeurs d'hôpitaux devait être remplacé.

Mais la raison principale de l'introduction du budget global en lieu et place du prix de journée, pour les seuls établissements publics dans les années 80, a été la volonté de passer d'un mode de financement a posteriori (jugé incontrôlable) à un mode de financement a priori (supposé plus maîtrisable). Les chiffres montrent qu'il n'en a pas été ainsi et que le budget global n'a pas empêché, au moins jusqu'à la fin des années 90, des dérives budgétaires (cf. Tableau 2).

Pendant ce temps, les établissements commerciaux ont su conserver le prix de journée, facilitant par la même les stratégies de développement et de spécialisation. Dans ces établissements privés, le prix de journée a été encadré en 1992 par un accord entre l'Etat et les organisations professionnelles des propriétaires de cliniques. Sous le nom d'OQN (pour Objectif Quantifié National) cette procédure permet d'ajuster d'une année sur l'autre les ressources accordées aux cliniques privées. Ces ressources proviennent aussi d'une rémunération à l'acte des médecins. Cet ensemble a conduit à une double spécialisation. D'une part les traitements ambulatoires ou à très courts séjours se sont multipliés dans le secteur commercial et, d'autre part, la chirurgie et la maternité sont largement représentées dans les cliniques commerciales.

C'était donc dans le but d'améliorer la connaissance de l'activité que, parallèlement, le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) avait été implanté. Mis en place pour améliorer le système d'information alors totalement inadapté, le PMSI n'était officiellement pas destiné à peser sur le calcul des budgets des hôpitaux. Cette implantation aura duré plus de quinze ans (cf. annexe 1) avant que, renforcées par l'introduction de DRG "à la française", les informations soient intégrées au processus d'allocation des ressources entre hôpitaux ⁴.

⁴ A chaque groupe homogène de malades (GHM) - équivalent français des DRG - est associée une valeur (exprimée en points ISA, pour Indice Synthétique d'Activité) qui permet, sur la base du coût médian, d'établir

Mais cette méthode est sur le point d'être, à son tour, abandonnée au profit d'une technique commune à tous les établissements (privés ou publics). En effet, la future "tarification à l'activité" (T2A), doit être mise en place, dès 2005, dans le secteur public et le secteur privé. Elle consiste en une combinaison de paiement à l'acte et de budget global. Le but est d'harmoniser, sur la base d'une nomenclature des actes médicaux commune (en cours de réalisation), les modes de financement privé et public.

Sous le nom de MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Concertation), certaines activités continueront à être rémunérées sur la base d'un forfait. Il s'agira, par exemple, des urgences, de la recherche ou toute autre activité négociée avec l'Agence Régionale et qui correspondrait à un besoin (social ou sanitaire) spécifique.

Globalement, l'harmonisation des modes de financement entre le public et le privé est de lutter contre l'hyper spécialisation en s'appuyant, notamment sur, la dynamique de rapprochement d'établissements. La finalité de la rationalisation associée à ce mode de financement est donc bien et (toujours) la restructuration du parc hospitalier. Confiée aux ARH, cette restructuration tarde, notamment dans le public. Or, ce retard est pour partie attribué au manque de réactivité des hôpitaux publics et aux obstacles qui existent à la fusion, au rapprochement et à la contractualisation locale entre établissements des deux secteurs. C'est pourquoi sont prônés de nouveaux partenariats (e.g. les Partenariats Publics Privés : P.P.P).

Le but de la nouvelle procédure de financement est donc de limiter (ou d'orienter) la spécialisation à travers une tarification unique. Mais, en l'absence d'une révision profonde de la nomenclature des actes (toujours annoncée, toujours repoussée) on peut craindre que l'accord (nécessaire au fonctionnement de l'ensemble) ne soit pas obtenu et que les comportements opportunistes l'emportent.

Ainsi, l'attrait pour cette formule d'origine américaine que sont les DRG semble avoir fait son œuvre. Ce phénomène est en réalité quasi universel et il aurait été surprenant que de ce mimétisme généralisé, la France soit exclue.

Toutefois, les modes d'implantation restent fortement marqués par l'histoire du financement des hôpitaux. De fait, le PMSI, après plus de quinze ans d'existence, n'est toujours pas au centre de l'allocation des ressources. Il a cependant permis une considérable amélioration des systèmes

une équivalence entre les établissements. Cette technique comptable autorise donc une modulation des budgets globaux (traditionnellement calculés sur la base des budgets des années précédentes) en fonction de

d'information et l'émergence d'une culture de l'évaluation économique au sein même des services médicaux. Deux changements qui permettent de penser que la nouvelle tarification à l'activité sera effective. Mais son objectif (harmoniser la régulation des secteurs public et privé à travers une tarification unique) est ambitieux, car le maintien d'une distinction forte entre les deux secteurs est à la base du pouvoir médical (et notamment de celui des spécialistes).

C'est pourquoi, le volet interne de la réforme est tout aussi décisif que son volet externe.

II/ L'autonomie dans l'hôpital

De façon assez remarquable le projet d'établissement se retrouve au cœur du dispositif de régulation. Faisant le lien entre les impératifs internes de mobilisation et externes d'allocation raisonnée des ressources, l'efficacité de cet instrument semble faire l'unanimité. Cette procédure est utilisée dans de nombreux secteurs de l'économie. Elle permet en effet de concilier l'écoute des parties prenantes en internes et de formaliser des objectifs dont la définition est un tant soit peu partagée. C'est pourquoi, l'élaboration du Projet d'établissement doit être le résultat de discussions collectives.

Afin de mieux en saisir l'impact il est d'abord nécessaire d'en décrire les modalités d'élaboration. (II.1). Dans un deuxième temps, on verra comment l'hôpital, pris entre les impératifs de rationalisation et de qualité (II.2), est amené à s'ouvrir sur son environnement. On verra aussi comment, chemin faisant, le lieu et le point d'appui de la réforme sont modifiés (II.3).

II.1/ La place centrale du projet d'établissement

En France le projet d'établissement est obligatoire depuis 1991 pour tous les établissements publics. Son existence est même devenue la condition *sine qua non* du Contrat d'Objectif et de Moyens.

Le projet est censé être élaboré en plusieurs étapes. Partant du projet médical qui fixe les activités à développer, celles à abandonner et les activités qui pourraient relever d'accord avec des partenaires extérieurs. Ensuite, le projet d'établissement est peu à peu complété par le projet infirmier, le projet social et le plan de formation des employés. De la sorte sont respectées les particularités de chaque groupe professionnel. De plus les considérations diverses, qui concernent la

périphérie des activités médicales, sont théoriquement prises en compte. C'est à la direction de l'hôpital que revient la mission de coordonner et de rendre compatibles ces différents projets, mais c'est bien le projet médical qui est décisif.

Jusqu'en dans les années 80, le pouvoir médical s'exerçait d'abord dans le cadre de la Commission médicale qui regroupe les chefs de service. Bénéficiant d'une forte asymétrie d'information, cette Commission était en posture de formuler des propositions dont le directeur avait beaucoup de mal à juger de la pertinence. Aujourd'hui, la procédure s'est nettement compliquée mais le directeur, souvent en position d'arbitre, a gagné en légitimité.

Au final, le document élaboré, discuté et entériné par les différentes instances de concertation ou de décision internes est soumis à l'ARH⁵.

Si le plan n'est pas jugé conforme au schéma régional ou aux objectifs de l'Agence, il peut être refusé. Dans ce cas, il faudra remettre l'ouvrage sur le métier. Mais il peut arriver que, pour se déterminer et fonder l'allocation des ressources entre les différents établissements d'un même région, l'ARH ne dispose pas du projet d'établissement. Dans ce cas, l'expérience montre que l'ARH décide que la dotation globale de l'hôpital augmentera à un rythme inférieur au rythme moyen de la région.

On le voit, cette procédure tend à responsabiliser les acteurs de l'hôpital et à les solliciter directement. De la sorte, les acteurs collectifs constitués risquent de se trouver marginaliser. Ainsi certains syndicats de salariés sont assez réticents à participer, en tant que tels, à cette démarche. Pourtant, depuis la création de la fonction publique hospitalière (en 1986) les salariés ont gagné non seulement en stabilité par rapport à l'emploi mais aussi en pouvoir d'expression. Les instances tels que les CHSCT (Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail) ou les commissions paritaires (qui traitent de la promotion des salariés, des conditions d'embauches, etc.) ont vu leur pouvoir et leur champ d'action accrus. Aux yeux des syndicats, cette reconnaissance n'est cependant pas suffisante pour contre carrer l'effet des diverses tentatives de participation directe (projet mais aussi démarches qualité, etc.) qui tendent à leur retirer pouvoir et légitimité.

Au total, la procédure d'élaboration et l'usage qui est fait du projet d'établissement illustrent le difficile équilibre entre contrainte et contrat qui caractérise la régulation du système hospitalier français. Ici encore, l'obstacle principal réside dans l'existence de cloisonnements internes

⁵ Les ARH sont contrôlées par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (cf. schéma en annexe). Ce contrôle concerne davantage l'utilisation de leurs propres ressources que leur capacité à peser sur l'évolution de l'offre hospitalière.

Après les expériences ratées des "Départements" (sorte de regroupements de services), les hôpitaux semblent de plus en plus tentés par la formule des "Pôles". Dans chacun de ces cas, il s'agit de rompre avec la nature "mandarinale" ou "féodale" des découpages de services médicaux. Cette tendance est d'autant plus forte que les chefs de service sont nommés à vie. La perspective choisie mais qui n'a jamais été effective consiste à découper l'hôpital en sous-structures plus larges que les services ou les Unités et établir des regroupements selon des logiques plus managériales que strictement médicales.

Dans un premier temps, c'est la formule dite des "Centres de Responsabilité" qui a été promue afin de développer, contractuellement, l'autonomie interne de certains services. Il s'agissait, notamment, de favoriser la mise en œuvre de relations clients – fournisseurs au sein des hôpitaux. Mais cette formule, qui va à l'encontre de la culture du cloisonnement et de la division des rôles entre médecins et managers, a été mise en œuvre dans moins de 10% des hôpitaux.

Malgré ce relatif échec, le "plan hôpital 2007" prévoit à nouveau et contre l'avis des médecins chefs de service, une forme de délégation comptable. Elle vise à identifier plus clairement les sources de responsabilité (*accountability*) en matière de qualité et, de ce fait, elle renforce la démarche d'accréditation.

II.2/ L'enjeu de la qualité

L'Accréditation est exemplaire de la dynamique actuelle qui lie, d'une part, contrainte et contrat, et, d'autre part, extérieur et intérieur de l'hôpital.

Cette démarche est inspirée d'expériences anglo-saxonnes ou canadiennes. Elle consiste à établir des "référentiels" qualité qui concernent les procédures à suivre pour réaliser certaines activités (circuits de l'information médicale, lutte contre les maladies "nosocomiales", etc.). Une fois ces référentiels déterminés et leur domaine de validité définis, chaque hôpital s'engage dans une "auto évaluation". Ensuite, des experts mandatés par l'Agence viennent sur place contrôler la réalité de la mise en œuvre des procédures. Puis, ces mêmes experts rédigent un rapport d'Accréditation (accompagné d'une note ou d'un score global) ; ce rapport est rendu disponible sur internet. Enfin, des mesures budgétaires ciblées pourraient être prises sur la base de ces rapports pour améliorer la qualité globale de l'établissement. Le but est de l'aider à atteindre les objectifs et les normes prévues dans les référentiels nationaux.

L'ensemble de la démarche est placée sous la responsabilité d'une Agence autonome (l'ANAES) créée en 1996.

Après une première phase où l'ANAES a été présentée comme porteuse d'une "démarche qualité" de type ISO, une évolution sensible est apparue. Ce n'est plus le respect de référentiels exogènes qui est désormais mesuré ni un écart entre une norme et la pratique. Ce qui est aujourd'hui mesuré, c'est la cohérence entre les procédures mises en place par les établissements et leur propres priorités.

Ainsi, à travers l'Accréditation, et avant de s'engager avec la tutelle, avec ses correspondants, voire avec ses patients, c'est d'abord avec lui-même que l'hôpital signe un contrat.

Cette procédure illustre la tension entre autonomie et contrainte qui parcourt l'ensemble de la réforme de 1991 – 1996. D'une part, entrer dans l'Accréditation est obligatoire pour tous les hôpitaux publics comme privés depuis 1996. D'autre part, nul ne sait encore comment ces rapports et ces recommandations seront traduits en incitations (positives ou négatives) notamment budgétaires, enfin, le lien avec le nouveau mode de financement (la T2A) n'est pas défini.

II.3/ Réduction, rationalisation, réseaux

Au début des années 80, la densité de personnels pour mille habitants s'élevait à 17 ; elle est de 20 en 2001. Ce chiffre est bien sûr à relier à celui de la durée moyenne de séjour et, de ce point de vue, on peut conclure à une sorte de substitution entre la longueur du séjour et son intensité.

Sans que l'on puisse distinguer l'effet de la cause, il est vraisemblable qu'un nombre élevé de personnels soignants permet de raccourcir les durées de séjour.

En France, cette densité et son maintien à un niveau élevé, correspond à une dynamique endogène. En effet, les choix en matière de dépenses et de développement de l'activité poussent (à la fois pour des raisons comptables et sociales) à accroître ou à maintenir le niveau des emplois et leur rémunération. Mais, dans une certaine mesure ce comportement est contraire à la politique affichée de restructuration qui tend à réduire l'offre.

Dans l'ensemble du court séjour on observe donc trois évolutions majeures: la baisse de la durée moyenne de séjour et de la densité de lits par habitants (tableau 3) mais un maintien des personnels (tableau 1).

Ces changements n'ont été possibles que parce qu'ils ont été accompagnés d'une modification de la place et du rôle de l'offre hospitalière. Plus que les évolutions quantitatives, ce

sont donc les modifications de la structure et des types de services offerts qui doivent être analysées. A titre d'exemples, il faut citer deux évolutions spectaculaires.

La période récente se caractérise d'abord par un accroissement massif des consultations externes. Ayant dépassé les 25 millions par an en 2000 dans les seuls services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, leur nombre ne cesse d'augmenter depuis dix ans. Cette augmentation correspond sans doute à une demande de prise en charge légère. Elle correspond aussi au besoin des hospitaliers (médecins et administratifs) de développer des activités susceptibles de capter des ressources nouvelles.

Mais la période se caractérise également par une augmentation forte et régulière des entrées en urgence. Celle-ci n'est pas seulement l'expression d'une demande accrue de soins hospitaliers. Elle est d'abord la conséquence de l'absence de régulation et de coordination entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.

Une autre des caractéristiques majeures de la situation actuelle est le développement des *réseaux de soins*. Cette pratique correspond d'abord à une demande de prises en charge continues et coordonnées. Mais cet engouement traduit aussi un besoin des professionnels de se construire des marges de manœuvre en complément de celles que les outils de gestion internes visent à leur concéder.

Ainsi, les réseaux sont-ils considérés comme des panacées. Ils permettraient d'atteindre simultanément plusieurs objectifs a priori contradictoires, tels que la maîtrise des coûts en réduisant les hospitalisations et la qualité des soins (en favorisant, d'une part, des prises en charge au plus près des patients et, d'autre part, l'apprentissage des professionnels).

Clairement, dans ce cas, le réseau est créé dans un but utilitariste: ne pas perdre les patients, contrôler les flux et capter des ressources qui, étaient traditionnellement orientées indifféremment. Ces mêmes réseaux sont présentés aussi comme des armes efficaces pour lutter contre les méfaits de l'hospitalo-centrisme.

De fait, diverses interprétations de l'émergence de ces formes hybrides (entre marché et organisation) dans le système de soins ont été données. Elles mettent en exergue la pertinence de la théorie des "coûts de transactions" (Williamson, 1979)..

Toutefois, cette théorie des coûts de transaction prédit la disparition progressive du réseau et sa transformation en un mode plus classique de coordination: l'organisation. L'explication de ce

phénomène serait que les compétences ainsi mobilisées, comme les actifs créés, sont spécifiques et ne peuvent donc pas faire l'objet d'une valorisation sur un marché.

Or l'observation montre non seulement que, dans la santé, les réseaux ont tendance à perdurer, mais aussi que les acteurs de ces réseaux s'engagent simultanément, et pour des activités similaires, dans des formes organisationnelles classiques. Loin d'être des solutions alternatives à l'organisation, les réseaux n'ont donc pas plus vocation à disparaître que les organisations dont ils sont les compléments et non les concurrents.

Mais, dans le cours de cette dynamique et de façon non moins remarquable, un tabou est sur le point de tomber celui du libre choix. Certes il continue d'être affiché comme un pilier du système de soins, mais, dans le même temps se déploient des procédures qui tendent à canaliser le patient au sein de réseaux, de filières, de systèmes de plus en plus organisés ; ce que les américains et leurs HMO nomment le "disease management".

Conclusion

L'analyse des changements que connaît le système hospitalier français montre que, le débat se déplace de la question du maintien du libre choix vers celles de la qualité et la maîtrise de l'offre. On s'éloignerait ainsi des bases "bismarckiennes" pour se rapprocher d'un système beveridgien adapté. L'accent mis sur les problèmes de santé publique correspond aussi à cette préoccupation de même que les critiques à l'encontre de la rémunération à l'acte.

Comme au plan macro économique, le financement de l'assurance maladie repose de plus en plus sur les taxes ou les impôts (30% en 2003) et de moins en moins sur les contributions sociales, le rôle de l'Etat ou de l'action publique s'en trouve renforcé. On assiste donc à une sorte de compromis de fait dans lequel serait échangés moins de liberté de choix contre une meilleure qualité du suivi et un plus grand respect de la parole du patient.

Ce modèle rejoint la distinction jadis opérée par A.Hirschmann: à la stratégie de l'"exit" qui prédomine encore aujourd'hui, succéderait peu à peu une situation dans laquelle le patient serait convier à faire entendre sa voix (Hirschman, 1972).

Cependant, les estrades sur lesquelles l'acteur – patient pourrait réellement s'exprimer sont encore à construire. Le risque est que, entre temps, le client-patient s'empare de la scène.

Références

- G. A. Akerlof, 1970 "The market for lemons: Quality uncertainty and the market mechanism." *Quarterly Journal of Economics*, V. 84, n°3, pp.488–500.
- K. Arrow, 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, décembre, N°53, pp. 941 – 973.
- A.P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand, 1996, L'hôpital stratège : dynamiques territoriales et offre de soins, Ed. J. Libbey et MiRe, Paris, 234 p.
- P. Duran et J.C. Thoenig, 1996, L'Etat et la gestion publique territoriale, *Revue française de sciences politiques*, V64, n° 4, pp. 580 – 623.
- M. Granovetter, 1985, economics action and social structure, the problem of embeddedness, *American Journal of Sociology*, V. 49, n° 3, pp. 323 – 334.
- A. Hirschman, , Voice, exit and loyalty, Harvard University Press, 1972.
- P. Mossé et E. Verdier, 2002, Quelles déclinaisons régionales pour l'action publique ? analyse comparée de la formation des jeunes et de la politique hospitalière, *Revue Politiques et Management Publics.*, V. 20, n° 4, décembre, pp.67 –94.
- V. Smith, 2003, Successes and failures of liberalization in health care: health care as a quasi market, *Health Management*, Moscou, V.8, n°1, pp. 26 – 38.
- E. Tragakes et S. Lessof, 2003 , Health care systems in transition, Russian Federation, *European Observatory on health systems and policies*, V.5, n°3.
- O. Williamson, 1979, Transactions cost economics, the governance of contractual relations, *Journal of Law and Economics*, V.22, n° 2, pp. 233 – 261.

Annexe 1

Une brève présentation du dispositif PMSI en France

En France, l'objet du PMSI est d'introduire dans le système d'information et de pilotage des hôpitaux des données de nature médicale qui soient homogènes et de les intégrer aux informations comptables. Le but de l'exercice est de créer les conditions pour que les ressources soient allouées non plus en fonction d'indicateurs d'activité (journées, admissions, consommations intermédiaires) ou du budget de l'année précédente, mais en fonction des pathologies traitées, de la clientèle prise en charge. La méthode comprend schématiquement trois étapes.

D'abord, chaque séjour est renseigné dans un Résumé Standard de Sortie. Dans un deuxième temps on regroupe les séjours qui, selon la définition donnée par le ministère de la santé, "présentent une certaine homogénéité clinique et économique. C'est à dire des pathologies et modes de prises en charge proches identifiables pour les médecins d'une même spécialité et mobilisant des ressources similaires pour traiter le patient. Les groupes de séjours ainsi constitués sont les Groupes Homogènes de Malades (GHM)".

La troisième étape est cruciale qui consiste à calculer le budget théorique de chaque hôpital à partir de la structure de sa clientèle. Elle repose sur le calcul de l'Indicateur Synthétique d'Activité (ISA). Pour ce faire, à chaque GHM est attribué un coût unitaire, calculé en référence au coût médian observé. Les coûts unitaires sont ensuite multipliés par la fréquence des quelque 530 GHM potentiels correspondants répertoriés dans la clientèle de l'hôpital.

A l'origine, le PMSI devait être implanté dans la foulée, du budget global. C'est parce que la réforme de 1983 allait prévoir une comparaison des moyens et de l'activité, qu'une cellule d'étude de la Direction des hôpitaux avait tenté dès juin 1982, d'améliorer de façon radicale le système d'information hospitalier. Et c'est par une circulaire datant de novembre 1982 que le PMSI est proposé. Pourtant, si la mise en place du budget global a peu ou prou respecté le calendrier prévu, il n'en va pas de même pour le PMSI dont l'implantation a longtemps piétiné.

Cependant les dix ans qui séparent les deux réformes ont peut être été utiles aux différents acteurs. C'est ainsi par exemple que les iniquités en matière de dotations budgétaires entre hôpitaux apparaissent aujourd'hui comme un des défauts majeurs du système hospitalier français. En revanche, les effets sur les variables d'activité (durée du séjour, taux de rotation) ne sont pas aussi importants que prévus, quant à l'impact de la réforme sur le fonctionnement des hôpitaux, il ne pourra être effectif que lorsque la réforme financière pourra être étendue et complétée. Or c'est précisément l'objet du PMSI que de rapprocher les moyens financiers alloués à chaque hôpital, de son activité médicale réelle.

L'ensemble de la procédure a pour objectif affiché la maîtrise des dépenses hospitalières via la diminution de la dispersion des coûts. De fait les informations contenues dans le Pmsi sont désormais intégrées au processus d'allocation des ressources et dans la politique de péréquation inter régionales.

La question qui se pose est donc celle de la compatibilité entre ce système d'information comptable patiemment mis en place et celui qui sera nécessaire au fonctionnement de la "tarification à l'activité".

Tableau 1
Structure des hôpitaux par type de propriété

	Public	Privé non lucratif	Privé commercial	Tendance depuis 1990
HOPITALS	1.100	800	2.350	Public: stable Privé: diminution.
LITS	320.000	70.000	100.000	Court séjour diminution
ADMISSIONS (milliers)	8.200	1.200	4.100	Augmentation
MEDECINS	70.000	17.000	25.000	Légère augmentation
INFIRMIERS	200.000	26.000	36.000	Légère augmentation
EMPLOI TOTAL	700.000	110.000	140.000	Légère augmentation

Tableau 2
Inflation hospitalière
1970 / 2001 (annual average)

	1970 /1975	1975 /1980	1980/ 1985	1985/ 1990	1990/1996	1996/2001
Taux directeur (visé)	15 %	11 %	8,4 %	3,6 %	4,2%	1,8%
Inflation observée	20 %	19 %	12,4 %	6,8 %	6,3%	2,0%

Le “taux directeur” est défini au niveau national et concerne essentiellement les établissements publics. A partir de 1996 il est défini en lien avec le taux des dépenses d’assurance maladie (défini secteur par secteur et région par région)

Tableau 3
Durée de séjour et densité de lits (1981 / 2000)

		1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2000
Durée de Séjour	Tous hôpital x	20.6	18.9	15.1	14.2	13.8	13.1	13.1	13.1
Durée de Séjour	Court séjour	15.5	13.9	12.1	10.6	9.7	9.2	8.5	8.5
Densité de . Lits/1000 h.	Tous hôpital x	10.4	9.7	9.1	8.5	7.9	7.4	6.9	6.7