

L'hôpital et sa régulation ; rationalisation et légitimation

Philippe Mossé, LEST,

*Texte support de la communication au Colloque
“ L'Hôpital peut-il rester un service public ? ”, IEP – Cesp, Aix en Provence,
6 février 2004.*

Inscrite dans les réformes, tout en accompagnant des évolutions professionnelles et organisationnelles endogènes, la régulation de l'hôpital combine deux dynamiques : de rationalisation et de légitimation. Mais elle repose sur une pluralité de logiques et de sens dont le seul calcul rationnel a du mal à rendre compte.

La première partie présentera une analyse des principaux éléments du contexte socio-économique de la régulation de l'hôpital.

La deuxième décrira les deux principaux “ référentiels ” de cette régulation.

En conclusion, on montrera ce que cette configuration ouvre ou non en matière de recompositions des paysages hospitaliers.

1/ L'hôpital en tension :

Les changements que connaissent les hôpitaux ne peuvent être seulement analysés sous l'angle de transferts ou d'appropriation de pratiques (médicales, gestionnaires, etc.) qu'il s'agiraient d'accommoder. Elles sont des ferments et des révélateurs de tensions entre différentes conceptions de l'efficacité et de la performance.

La situation actuelle mais principalement en évidence deux de ces tensions.

La faillite du modèle de l'hôpital entreprise:

Qu'il s'agisse de l'établissement des priorités de Santé Publique, de la détermination des enveloppes budgétaires, des réseaux ou de la place des urgences, l'activité des établissements se définissent bien souvent en dehors de leurs frontières physiques. Globalement, les hôpitaux sont amenés à développer des pratiques qui engagent, toujours plus, leurs périphéries et leurs environnements.

Or, face à ces évolutions, les outils de gestion (y compris des ressources humaines) restent fondamentalement centrés sur une conception fermée de l'établissement ; une réminiscence du modèle, naguère en vogue, de l'hôpital entreprise.

Contrat et contrainte

Parmi les dynamiques impulsées par les réformes, la contractualisation est sans doute la plus visible. L'hôpital devient peu à peu le lieu d'un réseau de plus en plus complexe de contrats emboîtés.

Mais le Contrat d'Objectifs et de Moyens, qui lie chaque établissement à son Agence régionale de l'Hospitalisation, est davantage perçu comme une contrainte que comme la concrétisation des marges de manœuvre saisies ou à saisir. Qu'est ce qu'un contrat qui, d'une part, est signé entre deux parties aussi déséquilibrées et qui, d'autre part est “ obligatoire ” ?.

Il en résulte que, pour certains établissements, il est rationnel de ne pas signer de Contrat voire, de ne pas faire de Projet¹ pour ne pas avoir à dévoiler leur stratégie !

2/ Régulation et processus d'allocation des ressources:

¹ Les “ projets d'établissements ” sont obligatoires depuis 1991 et la mise en place de contrats avec les ARH , depuis 1996.

Face à ces tensions, les débats actuels montrent l'existence d'un consensus sur la nécessité du changement de "régime". Le "toujours plus" des trente glorieuses ne peut plus fonctionner.

Mais, faute d'une finalité partagée et indiscutable, l'accord ne se fait pas sur la manière de conduire et définir le changement (sauf dans le secteur lucratif ou la "rentabilité du lit" reste le critère dominant).

Dans le discours des protagonistes apparaît deux conceptions de la régulation "optimale" liées à deux méthodes d'allocation des ressources.

La première conception, dénommée technique, met l'accent sur la décision, le résultat visé, les incitations et les critères d'activité et de ressources ; la seconde, dénommée politique, privilégie la procédure et la qualité de la négociation.

Pour la première, l'image "repoussoir" serait la négociation sans fin qui fait le lit de l'inertie ou des rapports de force. Pour la seconde, cette fonction est tenue par "l'objectif explicite et affiché" dont les acteurs deviendraient peu à peu dépendants au point de confondre moyens et fins. De plus, la conception technique s'appuie sur des temporalités scandées et bornées alors que la conception politique relève d'une vision fluide du temps et de l'espace des restructurations.

Dans la réalité de la régulation et de la définition des procédures qui président à l'allocation des ressources (par le Ministère, les Agences ou les directions des hôpitaux), des compromis s'élaborent entre ces deux conceptions.

Qu'il s'agisse de "péréquation", de calcul des points Isa et, bientôt, de la tarification à l'activité (ou T2A, basée sur une nomenclature des actes qui reste à élaborer), si le calcul marque les limites de la négociation, il n'en est pas la fin.

C'est pourquoi, les compromis reposent sur des "outils" concrets. Typiquement l'évolution de la régulation économique (Prix de Journée, Budget Global, PMSI puis T2A) joue ce rôle, de même que les *guides lines* dans la pratique professionnelle ou l'Accréditation. Ainsi, par exemple, celle-ci passe peu à peu d'un dispositif de type "top-down" à une procédure plus interactive dans laquelle l'hôpital et ses priorités sont l'objet des évaluations des "accréditeurs" de l'Anaes tout autant, sinon plus, que l'application des référentiels et des normes hétéronomes.

Le Plan Hôpital 2007, vient donc en appui d'un processus d'ensemble où les réorganisations internes (Pôles, T2A etc.) sont justifiées à la fois par le souci de rationalisation économique et de l'efficacité médicale.

Seules les réformes qui jouent sur les deux fronts ont des chances d'être acceptées, légitimées.

De ce point de vue il est paradoxal, mais encourageant, que les médecins emploient des arguments économiques alors que les managers prennent leur décision au nom de la qualité des soins.

Mais, dans le domaine de la santé, de tels recours rhétoriques sont insuffisants à coordonner des professionnels jouissant d'une expertise forte et reconnue car les conceptions de l'intérêt général sont elles mêmes diverses.

Il en résulte que au plan de la régulation économique, les changements sont limités à ce que les compromis permettent de mettre en place.

Globalement, l'objectif partagé est la "paix sociale" et le maintien de marge de manoeuvre locales. L'exemple des "restructurations" est, de ce point de vue parlant.

3/ Conclusion : restructurations, quelles restructurations ??

L'un des premiers effets des compromis est que, depuis quinze ans, le nombre d'établissements publics a eu tendance à stagner, contrairement à ce qui se passe dans nombre de pays étrangers (cf. le film "Invasions barbares").

Mais, la diminution du nombre de lits installés étant avérée, l'objectif **technique** peut être considéré comme atteint. En effet, la disparition de 40.000 lits d'hospitalisation complète dans le secteur public et de 20.000 dans le secteur privé entre 1990 et 1997, impressionne d'autant plus que, dans les décennies précédentes, l'augmentation avait été massive et constante. D'autre part, cette diminution s'inscrit dans une tendance de long terme qui a précédé la réforme de 1996.

Par ailleurs, dans ce mouvement, les dépenses d'investissement ont été sacrifiées au profit des dépenses de fonctionnement ; en témoigne la constante augmentation des personnels hospitaliers via des contrats de travail de plus en plus précaires.

Mais, plus globalement, dans l'ensemble du court séjour, ces changements n'ont été possibles que parce que ils ont été accompagnés d'une modification de la place et du rôle de l'offre hospitalière, alors que la demande qui s'adresse à l'hôpital, elle ne fléchit pas.

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, notamment, par un accroissement massif des consultations externes. 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 et complémentaires des dotations globales.

Dans ce registre l'accroissement des entrées en urgence ne pourra pas être jugulée par un accroissement des moyens mais par une meilleure organisation locale des prises en charges.

La seconde caractéristique de la période est le développement des réseaux de soins (de type ville hôpital). Ici encore cette pratique correspond à une demande de prises en charge continues et coordonnées et ... au souci de rationalisation. D'autre part, dans la configuration actuelle, les réseaux correspondent à une forme de captation de ressources dont on a vu qu'elle échappait au PMSI et à l'Accréditation.

Au final, il apparaît que l'avenir de l'hôpital "service public" se joue désormais à sa périphérie. Le lieu optimal de la régulation n'est plus l'organisation hospitalière elle même mais ses relations avec son environnement. De ce point de vue, la transformation (programmée) des ARH en ARS est une chance. En effet, la qualité et la justification de l'hôpital service public, dépendront non seulement de ses capacités d'adaptation mais de la façon dont il participera à la définition et à la mise en œuvre d'une vraie politique de santé publique, notamment au plan régional.