

# L'État et le marché au chevet de l'hôpital public

JEAN-PAUL DOMIN  
OMI (EA 2065), université  
de Reims Champagne-  
Ardenne

*« Si pour guérir une maladie, on propose beaucoup de remèdes,  
cela veut dire que la maladie est incurable. »*

Anton Tchekhov

L'annonce d'une loi de modernisation du système hospitalier semble clore, pour un moment du moins, un cycle de réformes entamé dans le courant des années 1980 avec la mise en place du budget global et de la départementalisation. L'hôpital aura-t-il pour autant terminé sa mue? On peut en douter car le fil conducteur des réformes semble être une logique marchande. D'un côté, l'organisation interne évolue. De l'autre, la tarification à l'activité ancre l'hôpital dans un référentiel de concurrence par les prix. Cette évolution vise à instituer un marché des soins hospitaliers.

## Introduction

Depuis une vingtaine d'années, les réformes oscillent entre deux référentiels: l'intervention croissante des pouvoirs publics dans la gestion des établissements de soins ou le marché comme seul moyen de coordination des acteurs. Le mouvement complexe qui se dessine, dans le domaine de la santé en général<sup>1</sup> et à l'hôpital en particulier, hésite donc entre étatisation et marchandisation. De façon assez paradoxale, le processus d'amplification de l'étatisation se traduit par le développement

1. Philippe Batifoulrier, Jean-Paul Domin, Maryse Gadreau, « La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand », *Économie appliquée*, tome LX, n° 1, 2007, pp. 101-126.

de la marchandisation, qui prend des formes diverses. L'État et le marché semblent être au chevet de ce grand malade qu'est l'hôpital public. Cette médication arrivera-t-elle à le sauver ?

D'un côté, l'État intervient de façon croissante dans la politique hospitalière via les agences régionales de l'hospitalisation. De l'autre, un mouvement de marchandisation est perceptible, notamment par l'intermédiaire d'une évolution du mode de tarification. Mais cette transformation de la régulation hospitalière est dans les faits limitée par l'existence de contraintes de sentier (*path dependence*) et devrait générer, à plus ou moins long terme, des effets pervers, notamment dans l'accès aux soins.

### **Plus d'État pour plus de marché ?**

L'étatisation ne doit pas forcément être appréhendée comme contraire à la marchandisation. Dans le domaine de la santé, et plus particulièrement en ce qui concerne les établissements hospitaliers, l'intervention grandissante des pouvoirs publics va de pair avec une marchandisation croissante.

### **L'intervention croissante des pouvoirs publics**

Depuis les ordonnances dites Juppé du 24 avril 1996, le secteur hospitalier est caractérisé par une intervention croissante de l'État. La création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) est caractéristique de cette nouvelle logique. À l'origine, ces entités ont pour objectif de rationaliser la relation entre la tutelle et les établissements, marquée par des asymétries d'informations qui seraient à l'origine de comportements opportunistes selon les partisans de la théorie de l'agence. En effet, dans le domaine hospitalier, la relation entre la tutelle et la direction de l'établissement est appréhendée comme une relation d'agence (où une personne exécute pour le compte d'une autre une tâche donnée) marquée par deux types de dysfonctionnements : l'antisélection et l'aléa moral.

L'antisélection se manifeste quand la tutelle ignore les capacités d'un établissement qu'elle doit financer. Elle doit

donc faire face au comportement stratégique de la direction de cet établissement avant de prendre sa décision. La seule solution consisterait pour la tutelle à inciter la direction à révéler ses caractéristiques principales.

L'aléa moral est un terme issu de l'économie de l'assurance. Il suppose que les efforts et les obligations de l'agent ne sont pas directement observables par la tutelle. L'aléa moral empêche cette dernière de savoir comment la direction de l'établissement de soins remplit effectivement sa part du contrat. La seule solution serait, pour les partisans de cette théorie, de mettre en place un contrat précisant les conditions d'engagement des cocontractants et les incitant à la réalisation des objectifs par des procédures de *bonus-malus*<sup>2</sup>.

Les agences régionales de l'hospitalisation s'inscrivent dans cette perspective. Elles prennent la forme de groupements d'intérêt public et centralisent des pouvoirs qui dépendaient auparavant des Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (Drass) et des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Leur objectif est de rationaliser la politique hospitalière régionale, notamment par la mise en commun des activités publiques et privées. Désormais, dans la perspective du *New public management*, la contractualisation entre la tutelle et les établissements hospitaliers devient le *one best way* de la politique hospitalière.

Les agences régionales de l'hospitalisation ont plusieurs fonctions. La première est d'attribuer aux établissements hospitaliers de la région leur budget. Depuis 2003, le ministère de la Santé attribue à chaque agence une enveloppe qui est ensuite redistribuée aux établissements via une méthode de tarification à l'activité. Elles ont également en charge la définition du schéma régional de l'organisation sanitaire dont l'objectif est de limiter les capacités hospitalières en excès et de développer les complémentarités entre le public et le privé. La mise en place des contrats d'objectifs et de moyens constitue la troisième fonction des agences. Ce contrat est un engagement réciproque entre la tutelle et les établissements qui subordonne leur financement à une réorganisation de leurs services. Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, la contractualisation est obligatoire et

2. La politique économique de santé repose essentiellement aujourd'hui sur une logique d'incitations. Cf. à ce sujet l'article de Philippe Batifoulrier dans ce numéro.

l'ARH est dotée d'un pouvoir de coercition. À défaut de contrat, c'est elle qui définit les objectifs de l'établissement. Il y a donc une certaine contradiction entre l'esprit de la réforme et les pratiques mises en œuvre<sup>3</sup>.

*Marchandisation et corporatization<sup>4</sup> :  
une évolution récente*

Depuis quelques années, la *novlangue* gestionnaire promet une idée nouvelle : la *corporatization* (c'est-à-dire l'application des règles de la gouvernance d'entreprise aux établissements hospitaliers). Elle correspond à un modèle hybride entre la propriété sociale publique et une forme privée. Désormais, l'objectif est de transformer les établissements publics de soins en organisations indépendantes du pouvoir politique, notamment en les dotant d'instances nouvelles et autonomes. L'idée est d'articuler le système de direction autour d'une direction générale et d'un conseil d'administration chargé des orientations stratégiques.

L'ordonnance du 2 mai 2005 propose ainsi une organisation triangulaire (conseil d'administration, directeur, conseil exécutif) des établissements de soins. Au sein du couple pivot (conseil d'administration et directeur), la première instance est chargée de la définition de la stratégie et la seconde se consacre à sa mise en place. Le conseil d'administration dispose d'une mission exclusivement centrée sur la définition de la stratégie de l'établissement et l'évaluation de sa politique. Il voit ses missions de contrôle renforcées. Sa composition évolue. L'ordonnance prévoit que ses membres sont désormais répartis en collèges moins nombreux (il y en avait six précédemment) regroupant respectivement les représentants des collectivités territoriales, les personnels, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers.

À ses côtés, un conseil exécutif est créé dans les établissements autres que les hôpitaux locaux. Présidé par le directeur, il associe à parité des membres de l'équipe de direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME), des praticiens nommés par la CME, dont la moitié au moins sont responsables de pôles et dans les centres hospitaliers et universitaires (CHU), le directeur de l'UFR de médecine. Cette nouvelle instance s'inscrit dans les objectifs de la gouvernance, notamment en associant les

3. Jean-Paul Domin, « La nouvelle gouvernance ou le couronnement de vingt ans de réformes hospitalières », *Économies et sociétés, Cahiers de l'ISMÉA*, Série EGS, n° 8, 2007, pp. 459-487.

4. Littéralement : transformation en entreprise.

praticiens à la gestion (pilotage médico-administratif de l'établissement). Le conseil exécutif participe à la définition de la politique générale de l'établissement et est chargé de l'élaboration de plusieurs projets (contrats d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation, projet d'établissement, contractualisation interne, nomination des responsables de pôle...).

L'ordonnance du 2 mai 2005 modifie de façon substantielle l'organisation des établissements de soins en leur imposant une structure par pôles. La mise en place d'un dispositif de contractualisation interne va de pair avec la création des pôles. Là encore, la logique des incitations prime. Le responsable du pôle définit contractuellement avec le directeur de l'établissement et le président de la Commission médicale d'établissement (CME) les objectifs d'activité et de qualité et les moyens du pôle. Il élabore, avec le conseil de pôle, un projet. La mise en place du contrat de pôle est suivie d'une évaluation qui doit permettre à l'équipe de direction de revoir les objectifs en cours d'exercice. Le responsable du pôle bénéficie d'une délégation de gestion signée par le directeur. Dans les faits, il ne s'agit pas à proprement parler d'une innovation dans la mesure où l'ordonnance ne fait qu'aménager des dispositions qui existaient déjà pour les centres de responsabilité.

La réforme du financement couronne ce long processus de transformation. Désormais, le séjour devient l'élément central de la facturation. En effet, la tarification repose maintenant sur un indicateur appelé indice synthétique d'activité (ISA) et calculé sous forme de points. À chaque pathologie soignée correspond un volume de points. Plus celui-ci est important, plus le financement est élevé. Les équipes de direction ont donc intérêt, pour recevoir un surcroît de financement, à maximiser leur nombre de points tout en favorisant les malades dont le coût de prise en charge est faible par rapport à la moyenne des malades atteints d'une pathologie similaire.

## **La réforme hospitalière n'est pas un long fleuve tranquille**

Mais, malgré ce que les discours ministériels affirment, la réforme hospitalière n'est pas un long fleuve tranquille.

Ainsi, si l'intervention de l'État favorise la croissance du marché, cette logique favorise l'apparition de phénomènes de *path dependence* et certaines incohérences. Mais elle n'est pas sans conséquence sur les personnels et les usagers.

### *Incohérence des référentiels et path dependence*

La mise en place des différentes réformes ne va pas sans générer certains dysfonctionnements. D'abord parce que les référentiels utilisés s'opposent, ensuite parce que toute réforme favorise l'émergence de groupes de défense qui limitent les mesures envisagées (*path dependence*).

La mise en œuvre des agences régionales de l'hospitalisation est tout à fait caractéristique de cette incohérence. Dans les textes, la création des ARH s'inscrit dans la perspective d'un référentiel de marché (le *new public management*) dont l'objectif est d'accélérer le passage d'une régulation bureaucratique à une régulation managériale. Mais, dans les faits, le référentiel choisi reste uniquement comptable. L'État intervient par l'intermédiaire des agences. D'ailleurs, le directeur de l'ARH détient son pouvoir du ministère de la Santé et est nommé pour appliquer ses directives. Au Canada, les pouvoirs publics se sont appuyés sur le *new public management* pour réformer le secteur hospitalier en insistant sur les possibilités de ce modèle de gestion pour se libérer de toutes les formes de contraintes, notamment administratives. Mais, l'application de cette réforme s'est traduite par l'émergence et le développement de nouvelles formes de contrôle.

Le développement de la marchandisation génère également diverses formes d'opposition de la part des praticiens et des personnels. Depuis le milieu des années 1980, les élites administratives sont acquises au concept d'hôpital-entreprise. La grande réforme de juillet 1991, pilotée par le directeur des hôpitaux de l'époque (Gérard Vincent), a été préparée dans cet esprit. La loi oblige notamment les établissements à négocier un projet d'établissement dont l'objectif est de fédérer des forces antagonistes autour d'un projet commun. L'époque est d'ailleurs propice à l'écllosion d'un discours sur la conduite du changement à l'hôpital. Quelques établissements innovent en mettant en place

une démarche *marketing* et des cercles de qualité. Mais ces initiatives sont assez rares et dans les faits le discours managérial se limite aux seuls cabinets ministériels et aux revues spécialisées<sup>5</sup>.

La dernière réforme, l'ordonnance du 2 mai 2005, s'inscrit pourtant dans la perspective de ce concept d'hôpital-entreprise. Les mesures préconisées s'apparentent à certaines autres déjà mises en œuvre auparavant. La loi du 31 juillet 1991 prévoit déjà un amendement libérant les médecins à organiser leurs services et entend inciter les médecins chefs de service à s'investir dans des tâches d'administrateur. Or ces mesures se sont révélées contre-productives. La mise en place des départements par la loi du 3 janvier 1984 a été également un échec parce qu'une grande partie des chefs de services l'ont refusée. N'y a-t-il pas une incohérence à vouloir poursuivre dans cette voie sans issue ?

### **Des conséquences négatives sur les personnels et les usagers**

Quoi qu'il en soit, le développement d'une logique marchande ne sera pas sans conséquences tant sur les personnels que sur les usagers. Dans les faits, la mise en place d'une révolution managériale n'a pas séduit les personnels qui sont restés indifférents au référentiel proposé. Dans certains établissements, les équipes de direction ont expérimenté des techniques de management participatif qui ont suscité de fortes déceptions : certaines personnes ont eu le sentiment de n'avoir pas été écoutées, d'autres estiment avoir été trompées en fournissant des informations. Ces expériences ont favorisé une taylorisation de l'activité des établissements de soins, notamment via des techniques d'évaluation (chronométrage, contrôle, etc.). Cette forme de rationalisation a accéléré la contestation des personnels. Pour les médecins, l'application de critères gestionnaires a également été contestée. En effet, en ne tenant pas compte de la spécificité de l'activité médicale, cette tentative de rationalisation a provoqué un rejet chez les praticiens qui se sont vus réduits au seul statut d'offreurs de soins.

5. Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007.

Pour les usagers, la marchandisation croissante des établissements hospitaliers, notamment l'évolution des techniques de financement, pose des problèmes éthiques évidents. La tarification à l'activité introduit donc des risques de discrimination. Elle privilégie les plus jeunes par rapport aux plus vieux et incite à ne soigner que les malades qui représentent un coût faible pour la société, et opère ainsi une discrimination envers les patients qui nécessitent des soins coûteux. Enfin, dans la perspective d'une réforme profonde de l'assurance maladie et d'un transfert croissant du financement vers des assurances complémentaires, on peut se douter que cette méthode conduirait inéluctablement à un système à plusieurs vitesses. La marchandisation de l'hôpital aura sans aucun doute des coûts humains.

## Conclusion

La voie choisie depuis une vingtaine d'années semble celle qu'entend poursuivre le gouvernement. Deux mesures se dégagent nettement du rapport de Gérard Larcher remis au président de la République le 10 avril 2008<sup>6</sup> : repenser le concept de service public hospitalier et améliorer le pilotage des établissements hospitaliers. La première mesure envisagée est un serpent de mer, elle revient de façon récurrente dans les débats. Gérard Larcher évoque l'idée d'un changement du cadre juridique du service public hospitalier. Sans le nommer, il reprend des propositions du délégué général de la Fédération hospitalière de France, Gérard Vincent, dont l'idée est de supprimer le cadre public des hôpitaux et de le remplacer par une délégation de service public.

La seconde mesure est d'améliorer le pilotage de l'hôpital public. L'objectif est d'aller plus loin que la réforme de la gouvernance promulguée en 2005 (hôpital 2007), bien que Gérard Larcher admette qu'il soit trop tôt pour tirer un quelconque bilan de cette réforme. On retiendra quelques mesures comme l'évaluation du directeur par le conseil d'administration, la responsabilisation financière du conseil d'administration, un raccourcissement des processus décisionnels, notamment par l'élimination des ins-

6. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml>

tances consultatives, et, plus généralement, l'application de mesures calquées sur celles mises en œuvre dans les grandes entreprises. L'ordonnance proposée par les tenants de l'idéologie libérale est assez longue. La maladie hospitalière serait-elle incurable ? ■