

LE MANAGEMENT NÉOLIBÉRAL DE LA MÉDECINE

LES RÉFORMES DE L'HÔPITAL 1983-2009

COMMISSION DLA 37 (DLA : Décentralisation, LOLF, AGCS), mars 2015

<http://perso.orange.fr/CommissionDLA37>

commissiondla37@wanadoo.fr

TABLE

Remarques préliminaires	page	2
I. De l'hôpital public aux missions de service public		4
1. Du service public hospitalier aux missions de service public		5
2. De la guérison des malades aux finalités "médico-économiques"		6
3. Des secteurs sanitaires aux territoires de santé : planification néolibérale		7
II. Gestion financière : vers l'hôpital entreprise		9
1. Vers une comptabilité d'entreprise privée		9
2. Tarification à l'activité (T2A) : vers l'hôpital productif		11
3. Des contrats partout : contrainte à la qualité et à la productivité		13
III. État stratège et directeur entrepreneur		14
1. Le conseil de surveillance : de la gestion administrative à la gestion "médico-économique"		15
2. Comment on devient directeur entrepreneur		17
3. Les projets comme base des contrats		18
4. Organes représentatifs : médiation entre le médical et l'économique		18
5. Régionalisation du contrôle administratif et sanitaire		20
6. L'informatique médicale comme gestion économique des soins		22
IV. Management par la qualité		25
1. Institutions : des normes omniprésentes		25
2. "Qualité" des soins : comment rendre les normes "naturelles"		27
3. Vers la pratique managériale de la qualité		28
a) Médecin-manager ?		29
b) ou Manager-médecin ?		31
Conclusion : L'invention du "médico-économique"		34
Annexe : chronologie des principaux textes législatifs concernant l'hôpital		38
Lexique : Novlangue néolibérale en médecine		40
Sigles		41

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Au cours des trente dernières années, depuis le décret du 11 août 1983 réformant l'organisation financière des hôpitaux, se mettent en place très progressivement les réformes néolibérales de l'hôpital, et cela, entre autres, au moyen d'une surproduction de textes législatifs et réglementaires.

Le système hospitalier, surtout si l'on tient compte de l'ensemble des hôpitaux, des centres de lutte contre le cancer, et des cliniques qui légalement ou de fait exercent la presque totalité des fonctions d'hôpital, est devenu une institution de masse : actuellement, chaque année, 6 millions de personnes sont hospitalisées (autrement dit un habitant sur onze).

La création de la sécurité sociale (ordonnances de 1945) change la fonction de l'hôpital. Auparavant, l'hôpital était une institution d'assistance et ainsi, dans une double fonction de médecine et d'hospice, soignait et recevait gratuitement les pauvres, indigents et incurables, infirmes, personnes âgées isolées, de la commune. Au contraire, les cliniques privées soignaient les familles aisées ou riches. La mise en place des régimes obligatoires d'assurance maladie confère du même coup à l'hôpital une fonction universelle de soins et entraîne, progressivement, la disparition de la mission d'assistance. Cette transformation ne répond pas seulement à un problème de médecine ou de santé publique. Elle résulte également d'un compromis, en 1945, entre le mouvement séculaire des ouvriers pour des conditions de vie dignes et les besoins, propres aux classes dominantes, de forces de travail en bonne santé, en état de marche, en vue de la reconstruction, puis de la "croissance".

Cependant, comme en témoigne la loi du 27 juillet 1999, qui crée une couverture maladie universelle, depuis les années 1990, en raison des effets des crises et la "croissance" de la pauvreté, les services d'urgence des hôpitaux et cliniques retrouvent cette fonction de traitement des pauvres, des personnes qui ne peuvent plus faire l'avance des honoraires de consultation. Bien plus, par la loi du 21 juillet 2009 (article 1er, mission n°9 : lutte contre l'exclusion sociale), est réintroduite une forme d'assistance.

Depuis la révolution française, l'hôpital, dont la gestion par des ordres religieux a été abolie, était conçu, dans un but d'hygiène ou de santé publique, comme une œuvre philanthropique ou charitable. Ainsi, l'hôpital a fonctionné comme une sorte de compromis entre pouvoir politique (gestion par la commune) et médecins, autonomes pour ce qui concerne les soins et leur organisation en services. À partir de 1958 (ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958), l'hôpital, dans sa fonction de soin, est séparé des hospices. En même temps, et ensuite au moyen de la loi du 31 décembre 1970, une nouvelle forme de compromis s'instaure entre pouvoir administratif et politique et corps médical : c'est l'étatisation de l'hôpital, par le renforcement des pouvoirs du directeur nommé par le ministre (ou le préfet pour les hôpitaux locaux et ruraux), et le renforcement du contrôle du ministère chargé de la santé. À ces pouvoirs s'ajoutent les attentes et les influences des malades, et des familles, en matière d'accueil par les médecins, de soins et de guérison.

Depuis les années 1980 et 1990, l'hôpital est soumis à des vagues de réformes à répétition. Ces réformes, du point de vue des pouvoirs politique et administratif, sont censées satisfaire plusieurs objectifs : **économique**, la "maîtrise" des dépenses de santé, **culturel** par le changement de la conception et de la gestion de la médecine d'hôpital

comme activité normée par de "bonnes pratiques", et **politique** par la réforme de l'État. Car, on va le voir, **la réforme de l'État commence par l'hôpital**, bien avant l'institution et la mise en place de la LOLF (Loi Organique relative aux Lois de Finance, du 1er août 2001). Le tournant néolibéral se réalise entre 1983, par le décret cité qui inaugure la mise en place d'une comptabilité d'hôpital analogue à celle d'une entreprise privée¹, 1987, avec l'institution, dans le cadre du ministère de santé, d'un comité national d'évaluation médicale, et 1991 par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 qui fait obligation du projet d'établissement et du projet médical d'établissement (avec objectifs, dans une politique de qualité et d'évaluation des soins), et instaure l'expérimentation du budget par objectifs et de la tarification par pathologie (la future T2A).

L'année 1991 est une année charnière également pour la sécurité sociale : mise en place de la CSG (articles 127-135 de la loi de finance 1990 pour 1991 du 29 décembre 1990) et le *Livre blanc sur les retraites*, qui lance les réformes successives des retraites. En même temps que la réforme de l'hôpital, la réforme de la sécurité sociale infléchit la solidarité collective des salariés, qui s'exprime par la mutualisation des cotisations, en "solidarité nationale" envers les pauvres, financée par l'impôt.

Afin que cette présentation critique conserve une clarté suffisante, certains aspects ne pourront être traités. On ne traitera pas les restructurations de l'hôpital dans les années 1980 et 1990, les suppressions et regroupements d'hôpitaux (83 000 lits supprimés dans les années 1990)², ni les résistances des personnels et des populations. On ne traitera pas non plus les changements qui sont intervenus dans l'hôpital psychiatrique, ou dans les institutions médico-sociales. En outre, les modifications dans l'enseignement de la médecine n'apparaissent dans cette étude que très indirectement. Enfin, les impacts des stratégies économiques et biotechnologiques, qui sont réalisées par les groupes pharmaceutiques et l'industrie des équipements médicaux, ne sont pas abordés.

Notre étude porte en effet sur l'hôpital comme institution de soins, sur ses transformations induites par les réformes néolibérales, et certaines conséquences sur les pratiques de soins. Notre étude présente une critique des conceptions et stratégies politiques qui sont mises en œuvre par les classes dominantes. Nous nous efforçons de montrer ces transformations des pouvoirs respectifs du gouvernement, de l'administration, des pouvoirs locaux et des pouvoirs propres aux compétences et aux statuts sociaux des médecins et des autres personnels hospitaliers.

Ces réformes néolibérales peuvent être soumises à la critique selon quatre dimensions :

(1) le changement de finalité des hôpitaux (du soin au "médico-économique") et de la conception du service public,

(2) les réformes de la gestion financière (comptabilité, tarification des actes et prestations),

(3) le renforcement du pouvoir administratif sur les médecins et sur les malades, renforcement qui se réalise entre autres par la contractualisation et la distribution géographique (les territoires de santé)

et (4) le management, la "gouvernance", par la qualité, qui modifie substantiellement la conception et la pratique des soins et de la "santé".

1 *Hôpital entreprise contre hôpital public*, André Grimaldi et José Timsit, *Monde diplomatique*, septembre 2006. André Grimaldi, *Réinventer l'hôpital public*, Paris, Ed. Textuel, 2004. On analysera d'autres aspects néolibéraux, qui ne sont pas abordés.

2 Rapport du Conseil Économique et Social, 2005, sur l'hôpital, en préparation du plan Hôpital 2007.

Les hôpitaux, dans leur fonction de soin, sont ainsi englobés dans une double sphère, pour ne pas dire superstructure, une sphère statistique et une sphère administrative avec la multiplication des agences de gestion ou d'évaluation, choses qui font perdre de vue, quoi qu'il en soit dit, les malades et les soins.

I. DE L'HÔPITAL PUBLIC AUX MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

Actuellement en vigueur, et contrairement à ce qui pourrait apparaître, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 "portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires", n'introduit pas de rupture par rapport à un état précédent de l'hôpital. Elle se situe dans la continuité des réformes entreprises depuis les années 1980. Elle n'en comporte pas moins des nouveautés. Elle porte sur l'ensemble de la médecine : médecine d'hôpital et médecine de ville. Elle renforce les pouvoirs du directeur d'hôpital, visant à en faire un patron. En instituant une obligation de "politique d'innovation médicale", elle intègre la médecine d'hôpital dans une économie de la connaissance³. Et cette loi n'est sans doute pas la dernière des réformes.

Tant que le partage social entre hôpital et clinique privée a fonctionné pleinement, il n'était pas nécessaire de caractériser l'hôpital comme service public. Par le fait même de son existence, l'hôpital était un service public de traitement des pauvres.

Cependant, la création des régimes obligatoires d'assurance maladie des travailleurs salariés par les ordonnances de 1945 modifie du même coup l'hôpital, et rend nécessaire le fait d'instituer l'hôpital comme service public.

C'est pourquoi l'ordonnance du 11 décembre 1958 (article 1er et unique) définit l'hôpital comme établissement public communal, intercommunal, départemental, interdépartemental ou national. Sa mission générale est de pourvoir *"aux examens de médecine préventive, de diagnostic, au traitement avec ou sans hospitalisation des malades, blessés et femmes enceintes, et si besoin est à la réadaptation fonctionnelle et à l'isolement prophylactique"*. Cette formulation est reprise dans toutes les lois et ordonnances ultérieures et seul disparaît l'isolement prophylactique, sans doute en raison de la quasi disparition de maladies telles que la tuberculose. Si cette formulation est reprise en général, des modifications sont apportées. La loi citée de 1991 (article 2, Section I) ajoute à l'énoncé de la mission l'obligation de tenir compte des aspects psychologiques du patient. Surtout, la loi de 2009 (article 1er, Section I) précise un ensemble d'obligations liées à cette mission générale : assurer les soins ambulatoires ou à domicile, la coordination des soins avec les personnels de santé exerçant en ville et avec les établissements médico-sociaux, la mise en œuvre de la politique de santé publique ainsi que la sécurité sanitaire, mener la réflexion éthique portant sur l'accueil et la prise en charge médicale. Autrement dit, l'établissement de service public tend à devenir le noyau, le centre opérationnel, d'une filière de soins.

Ainsi, la fonction universelle de soin est instituée dès cette ordonnance de 1958 par le fait que l'hôpital est ouvert à toutes les personnes.

En effet, l'ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 (article 1er et unique), en instituant la mission générale, opère une distinction entre hôpital public et hospice public. L'hospice public est destiné à l'hébergement des vieillards, des infirmes et des incurables. Et si l'hospice n'accueille que des vieillards, il constitue une maison de retraite.

3 Cf. notre étude de la stratégie néolibérale d'économie de la connaissance, <http://perso.orange.fr/CommissionDLA37/>

En outre, la recherche médicale est assurée par le centre hospitalo-universitaire (CHU), créé par l'ordonnance du 30 décembre 1958, qui fait obligation d'une convention (article 1er) entre hôpital (centre hospitalier régional) et faculté ou école de médecine.

1. Du service public hospitalier aux missions de service public

On peut se demander pourquoi on est passé du service public hospitalier, institué par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, au service public tout court dans la loi de 2009.

Cette loi de 1970 ajoute aux composantes de la mission l'enseignement universitaire et post-universitaire et la formation du personnel paramédical. Le service public hospitalier (article 2) se caractérise par l'égalité d'accès (ouvert à tous, sans discrimination), la continuité, désignée ensuite comme permanence des soins, et l'universalité (un malade qui ne peut être admis dans un établissement, faute de place, doit être orienté dans un autre établissement du service public hospitalier). Le service public hospitalier se compose des établissements publics et des établissements privés, parmi lesquels

(1) les établissements à but non lucratif (le plus souvent créés et gérés par des mutuelles) qui en font la demande (article 41), et

(2) les établissements privés qui signent des contrats de concession de service public (article 42).

Les établissements privés autres que les précédents peuvent (article 43), sur des objectifs précis, être associés au fonctionnement du service public, à condition de passer convention avec les organismes de sécurité sociale. La participation des établissements privés au service public hospitalier a pour condition : l'égalité d'accès, sans discriminations.

La loi de 2009 transforme (article 1er, IX) les établissements privés à but non lucratif, c'est-à-dire les cliniques privées ainsi que les centres de lutte contre le cancer qui ont été créés par l'ordonnance du 2 mai 2005 (article 14), en établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Les restructurations, suppressions et "redéploiements" qui ont lieu entre la fin des années 1980 et le début des années 2000, mais aussi le découpage administratif en missions, entraînent le fait que, si l'on met à part le cas des spécialités rares, l'hôpital, en particulier le centre hospitalier régional (CHR) qui dispose de l'ensemble des spécialités de médecine et de chirurgie devient une exception. Par conséquent, l'hôpital public passe d'un service universel, qui comprend tous les services de soins, à un service différencié et diversifié. Ainsi, le service public hospitalier est converti en éventail de missions de service public, de telle sorte que ces missions peuvent être contractualisées aussi bien par un hôpital public que par un établissement privé conventionné. C'est pourquoi le service public est détaillé en 14 missions dans la loi de 2009 (article 1er, III) :

- 1° la permanence des soins ;
- 2° la prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° l'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° la recherche ;
- 5° le développement professionnel continu ;
- 6° la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical ;
- 7° les actions d'éducation à la santé et de prévention, et leur coordination ;
- 8° l'aide médicale urgente ;
- 9° la lutte contre l'exclusion sociale ;

- 10° les actions de santé publique ;
- 11° la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement [=en hôpital psychiatrique ou "pôle" psychiatrie de l'hôpital] ;
- 12° les soins aux détenus ;
- 13° les soins aux personnes retenues en vertu du code d'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) ;
- 14° les soins aux personnes retenues dans les centres médico-judiciaires de sûreté⁴.

Par le fait même de mettre en avant les missions de service public, il devient, juridiquement, sans importance qu'une mission soit prise en charge par un établissement public ou par un établissement privé.

2. De la guérison des malades aux finalités "médico-économiques"

En passant du service public aux missions de service public, les finalités de l'hôpital se sont modifiées. Dans sa fonction de soins, son objet, comme celui de la médecine, consiste dans le traitement des malades et la guérison des maladies, en particulier dans la phase aiguë de la maladie. C'est ce qui ressort des textes législatifs jusqu'à la fin des années 1980. Mais cette finalité, qui demeure, a été transformée et englobée dans une finalité plus large et plus problématique : la "santé". Mais il ne s'agit pas de la santé conçue comme un certain équilibre des fonctions physiologiques. La santé qui est mise en avant apparaît plutôt comme résultat de normes, d'une part construites à partir de moyennes statistiques (par exemple le taux de glucose comme seuil de l'état diabétique), et d'autre part comme comportement moral normatif (cf. la "lutte contre le tabagisme"), et cela dans une vision de la "santé parfaite". Ce changement de finalité, dont témoigne aussi la mission d'éducation à la santé⁵, est inscrit dans la dénomination des hôpitaux et cliniques : "établissement d'hospitalisation" à partir de la loi du 31 décembre 1970 ("hôpital public" et "clinique privée" auparavant), "établissement de santé" dans la loi du 31 juillet 1991.

À cette finalité de "santé", s'ajoute une finalité économique : la maîtrise des dépenses de santé, dont les dépenses d'hospitalisation constituent une part importante. Tout d'abord, une **règle des moyens constants** sur toute la durée d'un plan Hôpital est établie dans la loi du 24 juillet 1987, dans la mesure où (article 9), si une activité de soins est autorisée pour un établissement privé dans un secteur sanitaire dont les moyens sont excédentaires, ces moyens, qu'ils soient publics ou privés, doivent être réduits d'autant. Cela vaut aussi pour les emplois budgétaires, réduits au minimum, ce qui contraint les personnels au travail à flux tendu. Ensuite, depuis l'institution des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) par la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996, le gouvernement fixe, et le Parlement vote, un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet objectif national, qui inclut les dépenses d'hospitalisation, possède un caractère limitatif. De ce fait, les dotations globales, qui étaient versées par l'assurance maladie au niveau régional prenaient, à partir de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (article 16), elles aussi un caractère limitatif. C'est ce qu'on appelle hypocritement la "maîtrise médicalisée des dépenses de santé". Mais, en conséquence de cette "maîtrise", les hôpitaux publics se sont endettés (au total environ 30 milliards d'euros en 2013).

4 Une telle énumération obéit également à d'autres raisons, l'une budgétaire dans la mesure où les missions de service public font l'objet de subventions publiques spéciales, et l'autre "médico-administrative" par le classement et le découpage des actes de soins en fonction d'une sorte de taylorisme.

5 Ainsi des "agenda de santé" ont été distribués à la rentrée 2014 à tous les élèves de CM2 en Indre et Loire.

3. Des secteurs sanitaires aux territoires de santé : planification néolibérale

La mise en œuvre de la planification depuis 1945 s'applique du même coup aux hôpitaux. La planification est mise en forme par l'ordonnance n°58-1199 du 11 décembre 1958 (article 1er et unique) : tout établissement est soumis à autorisation par le ministre chargé de la santé. La planification est précisée par le décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 qui instaure des conseils consultatifs ayant pour objet la coordination des hôpitaux. Le ministre chargé de la santé est responsable de cette coordination. Les conseils consultatifs comportent, article 1er :

- 1° une commission nationale de l'équipement hospitalier ,
- 2° un conseil supérieur des hôpitaux, et
- 3° un conseil supérieur de la fonction hospitalière.

La commission nationale de l'équipement fait l'inventaire des besoins sanitaires et des ressources en fonction de l'équipement actuel et donne un avis sur les créations, transformations et suppressions ainsi que sur le plan de modernisation et d'équipement en établissant un ordre d'urgence. Le conseil supérieur des hôpitaux donne un avis sur l'organisation et le fonctionnement administratif, financier et médical ainsi que sur les questions de statut des personnels médicaux. La commission nationale d'équipement est complétée par une carte sanitaire instaurée par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970. La carte sanitaire (article 44) détermine 1° les limites des secteurs et régions sanitaires, 2° l'implantation des moyens nécessaires par secteur et par région et 3° la nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou interrégional. Un secteur sanitaire couvre 80 000 habitants, tandis qu'un secteur psychiatrique pour adultes correspond à 70 000 habitants et pour enfants à 210 000 habitants⁶.

En fonction du nombre de lits et de leur localisation, les hôpitaux se voient attribuer des services par le ministère chargé de la santé jusqu'en 1996, et actuellement par l'agence régionale de santé : médecine et maternité seulement, ou médecine, maternité, chirurgie, chirurgie dentaire, ophtamologie, radiodiagnostic, laboratoire de biologie médicale, etc. Ils sont alors classés en hôpitaux ruraux, hôpitaux, centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux et centres hospitaliers universitaires⁷. Depuis la loi de 2009, ne restent que les centres hospitaliers, les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers régionaux universitaires. Certains hôpitaux, qui comportent une spécialité rare, ont une portée nationale. Aux hôpitaux s'ajoutent les centres de lutte contre le cancer. Actuellement, les hôpitaux sont formés de services, départements et pôles d'activité, et, "à la base", des unités fonctionnelles variables (loi citée de 1991, article 8, Section III). Ces unités fonctionnelles sont formées de tous les personnels médicaux et paramédicaux qui prennent en charge un même patient et correspondent aux résumés de sortie de l'informatique médicale⁸. Ainsi s'est formé un système hospitalier.

Qu'est-ce qui change vraiment dans le passage au schéma d'organisation sanitaire et au territoire de santé ?

Progressivement, une nouvelle forme de planification s'impose.

La planification centralisée du ministère reposait sur une planification de moyens, une planification de service public, qui prenait en compte exclusivement ou presque l'hôpital public. L'institution d'un service public hospitalier en 1970 permet d'inclure dans la planification les établissements privés qui participent au service public hospitalier.

6 Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), *Historique des réformes hospitalières*, septembre 2011, p. 9.

7 Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 et ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958.

8 La gestion informatique des activités de soins (PMSI) est précisée dans la suite.

Cette planification est remplacée par une planification de type néolibéral, c'est-à-dire une planification qui fixe des objectifs et qui efface les différences entre hôpital public et clinique privée. En effet, le gouvernement fixe les orientations stratégiques de santé publique. Ces orientations sont codifiées, pour ce qui concerne les hôpitaux et cliniques, dans un plan Hôpital et dans les articles correspondants d'une loi de santé publique. Par contre, la planification des moyens en fonction des objectifs s'effectue dans le cadre de l'agence régionale de santé. En bref, au niveau gouvernemental revient la planification de la stratégie, et au niveau régional la planification opérationnelle, qui porte sur les hôpitaux et cliniques.

Entre 1991 (loi citée, article 4) et 2003 (ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003), la carte sanitaire a cohabité avec le schéma d'organisation sanitaire. Tandis que la carte sanitaire prenait pour critères la population et les équipements, le schéma d'organisation sanitaire, tout en s'appuyant sur les statistiques des besoins et des risques sanitaires, adopte l'activité de soins comme critère principal, puisque son objectif est de "*susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins*" (loi de 1991, article 4). C'est pour la médecine l'équivalent de la "politique de l'offre". Depuis l'ordonnance citée de 2003, la carte sanitaire est remplacée par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et les territoires de santé, qui forment un regroupement de secteurs sanitaires et psychiatriques. En fonction de l'activité de soins qui est en jeu, et des équipements, un territoire de santé est un espace infrarégional, régional, interrégional ou national.

La carte sanitaire était arrêtée par le ministre chargé de la santé, ou par le préfet pour ce qui concerne les secteurs sanitaires et psychiatriques.

Le schéma d'organisation sanitaire implique un changement d'échelle.

Le territoire de santé combine d'une part une population et ses besoins sanitaires et d'autre part les filières de soins qui résultent des suppressions et restructurations antérieures. De ce fait, le territoire de santé vise à structurer les flux de populations et de soins. Puisque les hôpitaux de proximité sont bien plus rares, la Fédération Française des Hôpitaux estime que, en raison des conditions techniques et médico-économiques, pour faire fonctionner de manière efficiente un hôpital et une clinique, le seuil minimum pour constituer un territoire de santé serait de 150 000 habitants. En 1991 ce seuil correspondait à 200 000 habitants. En 2007, la taille moyenne s'élève à 374 000 habitants, avec des variations extrêmes de 1 300 000 en Aquitaine à 28 000 en Auvergne. Mais la formation des territoires de santé obéit à des impératifs et à des méthodes différentes. Les agences régionales de l'hospitalisation, sur avis des préfets de région et des Conseils Régionaux, ont délimité les territoires de santé en s'appuyant soit (1) sur les services existants, soit (2) sur les flux réels et les déplacements dans l'utilisation des services soit (3) sur l'identification de zones et de populations à risques. Mais aussi d'autres méthodes se sont fondées sur les (4) bassins de vie et d'emploi, ou (5) sur les bassins de vie seulement, ou encore (6) selon un critère politique : le projet qui caractérise le territoire comme "pays"⁹. Ainsi le territoire de santé intègre l'hôpital dans la gestion globale de population. Le schéma régional d'organisation sanitaire était arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) entre 1996 et 2009, après avis du préfet de région, et, depuis 2009, il l'est par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) Cette délimitation des territoires s'effectue dans le cadre du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, qui joue le rôle d'un organisme de planification à la disposition du directeur de l'ARS. Le schéma régional est accompagné d'un organisme consultatif, la conférence régionale de la santé¹⁰ et de l'autonomie, pour avis au directeur général de l'ARS, et qui peut comporter jusqu'à cent membres avec voix délibérative.

9 Irdes, document de travail cité, pp. 7, 18, 21 et 26.

10 Décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

À ces unités territoriales que constituent d'abord le secteur sanitaire puis le territoire de santé, au moyen d'incitations et d'obligations, les gestionnaires ont fait correspondre des formes de coopération entre établissements.

La loi citée de 1970 permettait deux formes de coopération, de secteur ou régionale, entre établissements. Le groupement interhospitalier (article 7) gère des services communs. Le syndicat interhospitalier (article 8) est un établissement public qui exerce les fonctions de gestion et de formation d'un hôpital : à ce titre, établissements publics et privés peuvent y coopérer. Depuis l'ordonnance citée de 1996, une nouvelle forme est privilégiée : le groupement de coopération sanitaire (article 39) qui peut comporter des hôpitaux et des cliniques, des institutions médico-sociales, des maisons de retraite et des médecins de ville. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, institue des réseaux de santé (article 84), dans lesquels doivent coopérer professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements, institutions sociales et médico-sociales et représentants des usagers. Enfin, la loi de 2009 ajoute aux groupements de coopération sanitaire et aux réseaux de santé la communauté hospitalière de territoire (article 22) entre établissements publics, ce qui revient à rétablir le syndicat interhospitalier public, avec un territoire de santé comme domaine de compétence.

Il n'en reste pas moins que les changements dans la pratique et la conception du service public ainsi que dans les formes de coopération tendent à transformer le système hospitalier en système de santé.

II. GESTION FINANCIÈRE : VERS L'HÔPITAL ENTREPRISE

Jusqu'au début des années 1980, l'hôpital possédait une comptabilité d'établissement public, comptabilité décomposée en recettes et dépenses. Mais, en tenant compte de l'histoire de l'hôpital depuis la révolution française, certains items des recettes et dépenses portaient sur les immobilisations de capitaux, les emprunts et amortissements, les rentes de biens immobiliers. Avant la LOLF, en vigueur depuis le 1er janvier 2006, les établissements publics qui n'ont pas de finalité industrielle ou commerciale présentaient une comptabilité en recettes et dépenses, mais non une comptabilité en capital.

1. Vers une comptabilité d'entreprise privée

L'hôpital fait exception. Une comptabilité analogue à celle d'une entreprise capitaliste privée est introduite par le décret n°83-744 du 11 août 1983¹¹ (articles 4 à 28). Le budget d'un établissement de service public hospitalier se décompose en deux sections. Une section investissement comptabilise les autorisations de dépenses : remboursement du capital des emprunts, charges liées aux grosses réparations, etc., et les recettes : les subventions d'équipements, les amortissements des biens meubles et immeubles, etc. (respectivement articles 7 et 8). Une section exploitation, (articles 10, 11 et 12), rebaptisée ensuite fonctionnement dans l'ordonnance du 24 avril 1996, retrace les

11 Décret relatif à la gestion et au financement des établissements publics et privés participant au service public hospitalier.

recettes et les dépenses correspondant aux activités de soin, dont les salaires et traitements des personnels. Cette présentation du budget permet la mise en place d'une comptabilité analytique, qui établit le coût complet d'une prestation, d'une activité de soin en lui affectant les charges directes (actes de soins, consommation de produits médicaux, salaires et traitements) et les charges indirectes (usage des autres services dans une activité de soin, charges fixes telles que l'entretien des bâtiments). Cette méthode de comptabilité rencontre encore des résistances, surtout de la part des chefs de service ou des chefs de pôle pour diverses raisons¹². L'une d'entre elles est sans doute une résistance à l'économicisation complète du soin. Ce mode de comptabilité est-il conçu en fonction de l'activité spécifique de soin qui est propre à l'hôpital ? L'article 21 du décret est clair sur ce point : sont visés uniquement la connaissance et le contrôle de la gestion, et les statistiques de l'État. La comptabilité est organisée pour "*permettre a) la connaissance et le contrôle des opérations budgétaires et des opérations de trésorerie ; b) l'appréciation de la situation du patrimoine ; c) la connaissance des opérations vis-à-vis des tiers ; d) la détermination des résultats ; e) le calcul des coûts des services rendus ; f) l'intégration des opérations dans la comptabilité nationale et des comptes et statistiques pour les besoins de l'État*". Mais, en intégrant les activités de soins dans le calcul du PNB, on fait de ces activités une production comme une autre.

Ce n'est pas seulement par sa comptabilité que l'hôpital tend à être géré comme une entreprise. Les économistes de la santé et les gestionnaires ont voulu mettre en avant une productivité des activités de soins, et choisi de mesurer un des facteurs de la dite productivité par le taux d'occupation des lits sur l'année. Et ainsi, au moyen de la mesure statistique et de la gestion, les économistes ont créé une unité de compte de l'hôpital considéré et géré comme capital : le lit¹³.

Mais ce n'est pas tout. L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, sur le modèle des lois de financement de la sécurité sociale, rebaptise le budget de l'hôpital (article 10) en "état des prévisions de dépenses et de recettes". Ainsi, à la différence du décret n°58-1202 du 11 décembre 1958, qui autorisait une distinction (article 32) entre dépenses certaines et dépenses probables, la comptabilité actuelle intègre une dimension de probabilité dans l'ensemble de la gestion de l'hôpital. S'affirme par là un des caractères de la gestion néolibérale comme gestion des probabilités d'événements.

Le poste de dépenses le plus important consiste dans les salaires et traitements, qui correspondent à 70% des dépenses totales. Les recettes de l'hôpital proviennent de deux sources. D'une part, les ressources financières proviennent des subventions publiques de l'État et des collectivités territoriales pour les constructions, rénovations et gros entretien des immeubles, et de l'État pour l'acquisition d'équipements lourds ainsi que certaines missions de service public, telles que la recherche, les urgences, les prélèvements et greffes d'organes. D'autre part, les ressources sont alimentées par les remboursements de l'assurance maladie et des mutuelles. Abstraction faite des immeubles et des gros équipements, c'est la partie la plus importante des recettes (autour de 85-88 %).

12 Inspection Générale des Affaires Sociales, *Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé*, rapport établi par François Schechter et Jean Claude Delnatte, décembre 2010, p. 29, où des situations de contestation, même véhémentes, sont évoquées.

13 Brigitte Durmant et Carine Milcent, *Comment mesurer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire*, in *Économie et Statistique* (une des revues de l'INSEE) n° 455-456, 2012.

2. Tarification à l'activité (T2A) : vers l'hôpital productif

La tarification des actes et prestations à laquelle correspondent les remboursements prenait jusqu'en 1983 la forme, traditionnelle depuis le XIX^{ème} siècle, du prix de journée. De 1983 à 2004 c'est la dotation globale qui a fonctionné et, pour les cliniques privées hors service public hospitalier, l'objectif quantifié national (OQN). Depuis 2004 pour le service public hospitalier et 2005 pour les cliniques privées, la tarification à la pathologie, à l'activité, autorisée par la loi de financement de la sécurité sociale n°2003-1199 du 18 décembre 2003 pour 2004 (articles 22-34), a été mise en place progressivement pour les actes de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Le prix de journée, comme il apparaît à l'article 32 du décret n°58-1202 du 11 décembre 1958, est calculé en prenant le budget de l'année consacré aux activités de soins et le nombre de journées en fonction d'une pathologie. Cette durée d'hospitalisation est calculée comme moyenne des trois dernières années. Le prix de journée est alors fixé par le préfet de département. Si le prix de journée entraîne un excédent par rapport aux coûts en l'année t, il est abaissé d'autant pour l'année t+1, conformément à la règle d'équilibre du budget pour les établissements publics. Et si le prix de journée de l'année t se traduit par un déficit, il est proportionnellement augmenté pour l'année t+1.

Quand la maîtrise des dépenses de santé devient, au début des années 1980, une finalité de l'hôpital, se pose le problème de neutraliser la durée plus ou moins longue de séjour hospitalier pour une pathologie. En effet, le prix de journée est alors considéré comme inflationniste et comme peu stimulant quant aux gains de productivité¹⁴. Deux solutions ont été réalisées en France : la dotation globale, puis l'actuelle tarification à l'activité.

La dotation globale, instituée par la loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, article 8, et précisée par le décret n° 83-744 du 11 août 1983 (articles 29-66), porte sur la part des dépenses de soins qui est prise en charge par l'assurance maladie. La dotation globale de financement était versée par douzièmes par l'assurance maladie directement aux établissements et sans qu'une facturation soit nécessaire. Afin de la fixer pour chaque établissement, public et privé, du service public hospitalier, il semble que le ministère chargé de la santé n'ait fait que reprendre et entériner la situation antérieure qui était liée au prix de journée. Néanmoins, à partir de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (article 16), la dotation globale régionale, versée par l'assurance maladie à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), était fixée par le ministère chargé de la santé et prenait un caractère limitatif¹⁵. Mais, pour les responsables politiques, les gestionnaires et les économistes de la santé, la dotation globale ne permet pas non plus de réaliser les objectifs de "maîtrise" des coûts et d'accroissement de la productivité dans les activités de soins. De là, la formule souvent reprise : la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût¹⁶.

Avant même de mettre en œuvre les parcours de soins du côté des patients, responsables politiques et gestionnaires ont donc visé l'accroissement de la productivité.

14 K. Le Lay, R. Launois, N. Chemali, *La tarification à l'activité (T2A) ou la recherche de l'efficacité comme impératif déontologique à l'hôpital*, in *La Lettre de l'infectiologie*, Tome XXI, n°2, mars-avril 2006 (pp. 62-72), p. 63.

15 Concernant les finances publiques, on différencie les crédits indicatifs (par exemple les crédits portant sur l'immobilier) dont le montant peut être dépassé, et les crédits limitatifs (par exemple les crédits correspondants aux salaires) dont le montant ne doit pas être dépassé. La LOLF instaure un caractère limitatif pour la totalité des crédits : si les investissements augmentent, les crédits de personnels doivent baisser par suppressions de postes.

16 Sans entrer dans le détail, parce que ce n'est pas l'objet de cette étude, la sécurité sociale ne peut bien fonctionner qu'en situation de plein emploi ou de quasi plein emploi. Dès que les responsables et les gestionnaires, entre 1977 (gouvernement de Raymond Barre) et 1983 (gouvernement de Laurent Fabius-Jacques Delors), acceptent de pérenniser le chômage de masse, et d'entamer une politique et une gestion néolibérales, les rapports sociaux qui sont constitutifs de la sécurité sociale sont ébranlés dans une suite sans fin de réformes.

C'est l'objectif de la tarification à l'activité (T2A), instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale 2003 pour 2004, déjà citée, et désignée dans cette loi comme "tarif de prestation". Jusqu'à présent, les molécules onéreuses, les prothèses et, pour les cliniques privées hors service public hospitalier, les honoraires des médecins et chirurgiens sont exclus de cette tarification.

Qu'est-ce qui fait la différence entre les techniques précédentes de calcul des tarifs et la T2A ?

Le tarif de prestation pour une pathologie est fixé à l'avance, *a priori*. C'est ce qu'indique bien l'expression "*prospective reimbursement*" en anglais ("*prospective*" par opposition à "*retrospective*"). D'une part, le remboursement des actes et prestations n'est pas modifié en fonction du diagnostic précis et des soins qui sont effectivement délivrés au patient. D'autre part, en conséquence, la T2A limite l'impact de la durée du séjour hospitalier sur le calcul du tarif. Ainsi, la T2A présuppose, ou entraîne selon les cas, une normalisation des pratiques médicales en même temps qu'un rationnement des soins.

Les tarifs de prestations par pathologie sont fixés par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (article 25) en prenant pour base la durée moyenne de séjour hospitalier. Mais, contrairement à la gestion par le prix de journée et la dotation globale, cette durée moyenne devient une contrainte, et plus précisément une contrainte imposée aux prescriptions des personnels médicaux. En effet, si la durée effective d'un séjour est supérieure à cette durée moyenne, le tarif n'est pas augmenté pour autant. Mais, dans le cas où la durée du séjour est loin de cette moyenne, des pénalités entrent en jeu pour l'établissement. Si le séjour comporte une durée anormalement basse pour une pathologie donnée, l'assurance maladie ne verse que 50% du tarif, et si la durée du séjour est supérieure à une borne haute par rapport à la durée moyenne, l'assurance maladie ne verse que 75% du tarif pour les journées excédentaires¹⁷. Des experts de l'ATIH travaillent à étendre la tarification à l'activité à la psychiatrie et aux soins de suite ou de réadaptation¹⁸. Il n'en reste pas moins que le mode de tarification à l'activité tend à réduire la durée moyenne de séjour pour chacune des pathologies. Quant à la T2A, du fait que les recettes augmentent proportionnellement au nombre d'actes réalisés, c'est une motivation à accroître les activités de soins et par là la productivité des personnels. Ce mode de tarification, mis au point par des experts états-uniens durant les années 1970, est entré en vigueur aux États-Unis en 1983 pour les hôpitaux qui prennent en charge *Medicare*, c'est-à-dire l'assurance maladie des retraités pauvres. Ces experts ont mis en avant également l'incitation à l'efficacité, à savoir le rapport qualité/coût¹⁹. D'ailleurs, dans l'article cité, William Dowling envisage sereinement de remplacer des personnels par des personnels moins qualifiés (p. 173). Ce qui l'intéresse également, c'est le fait que la tarification à l'activité induit ou renforce la concurrence entre les hôpitaux (p.174).

La tarification à l'activité présuppose l'informatique médicale, qui sera abordée ensuite. Les deux méthodes, prises ensemble, et jointes aux procédures d'évaluation, conduisent à une uniformisation, une normalisation des pratiques de soins. Par ailleurs, ces techniques de gestion ne résolvent pas le problème du financement : si le nombre d'actes augmente, les versements de l'assurance maladie augmentent d'autant.

Des résistances de la part des personnels médicaux et d'une partie de l'administration des hôpitaux se sont manifestées. Un indice de ces résistances tient dans le fait que le gouvernement a dû s'y prendre à deux fois pour faire expérimenter pour une

17 ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), *Modalités de calcul des tarifs des GHS (Groupes homogènes de séjour) en 2005, comparaisons par rapport à 2004*, avril 2005.

18 IGAS, *Pratiques de comptabilité analytique dans les établissements de santé*, décembre 2010, p. 22.

19 Par exemple, William Dowling, *Prospective Reimbursement of Hospitals*, in *Inquiry*, 11, 1974, pp. 163-180.

durée de cinq ans la tarification à l'activité, par la loi citée de 1991 (article 13) et par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (article 55).

3. Des contrats partout : la contrainte à la qualité et à la productivité

Aux recettes correspondant à la T2A s'ajoute une dotation annuelle de financement qui couvre les "missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation" (MIGAC) : la recherche, les urgences, les prélèvements et greffes d'organes, la maintenance de l'informatique médicale. Il faut ici remarquer qu'on ne parle pas de service public hospitalier mais de "missions d'intérêt général", et que, de ce fait, les pouvoirs publics reprennent à leur compte la position de la Commission Européenne, pour laquelle la notion de service public n'existe pas²⁰.

Le versement de la dotation annuelle de financement et des recettes provenant de la tarification à l'activité n'est pas automatique. Il passe par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH, créée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996) puis par l'agence régionale de santé (ARS, loi de 2009). Il est conditionné par la réalisation des clauses du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, qui a été mis à l'expérimentation par la loi de 1991 (article 13) et institué par cette ordonnance de 1996 (article 8).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre un établissement hospitalier et l'ARH (puis ARS) vaut pour une durée de trois à cinq ans, et de cinq ans s'il porte sur des missions de service public. Tout en étant négocié entre l'établissement et le directeur général de l'ARH (puis ARS), il a le caractère d'une contrainte pour les personnels et l'administration d'un hôpital. En effet, le contrat vaut autorisation des activités de soins, des services. Cette autorisation n'est plus à durée indéterminée, mais elle n'est en vigueur que pour une durée déterminée, la durée du contrat. Ce contrat (ordonnance citée de 1996, article 8) détermine

(1) les orientations stratégiques de l'établissement en fonction du schéma d'organisation sanitaire,

(2) les conditions de mise en œuvre, en particulier le projet d'établissement et le projet médical d'établissement,

(3) les transformations à réaliser, en particulier les modes de coopération.

Ce contrat définit les objectifs de qualité et de sécurité des soins, fixe les éléments financiers en matière d'investissement et de fonctionnement, et tout cela en précisant le calendrier d'exécution du contrat. Ce contrat comporte, parmi ses clauses, un contrat de bon usage des soins et des produits de santé. Si ce contrat de bon usage n'est pas respecté, et sans incidence pour les patients, l'assurance maladie ne verse que 70% de la part remboursable des prestations, sans que les pénalités n'excèdent 5% des recettes annuelles²¹. La loi de 2009 ajoute de nouvelles conditions (article 6). Le contrat pluriannuel doit préciser les engagements concernant la politique d'innovation médicale. Sur le plan budgétaire, il doit préciser les engagements de retour à l'équilibre financier, et intégrer les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses. Ce contrat est, de plus, conditionné par l'évaluation-accréditation de la qualité des soins.

Il faut remarquer que cette condition de politique d'innovation médicale inscrit la médecine d'hôpital dans l'économie de la connaissance.

Mais ce n'est pas tout. L'ordonnance citée de 1996 fait obligation (article 9) d'une contractualisation interne entre le directeur de l'hôpital et le service (qui regroupe plusieurs pôles et départements en 1996). Au service, qui constitue une structure médicale

20 cf. Commission Européenne, *Livre blanc sur les services d'intérêt général*, 12/05/2004, Com(2004) 374.

21 Loi de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2003, article 25.

de soins, devait se superposer une structure financière, créée par le décret cité du 11 août 1983 (article 26), le centre de responsabilité. Tandis que le service forme une unité médicale, le centre de responsabilité devait réaliser une unité médico-économique. Mais, sans doute en raison de résistances multiples des médecins et gestionnaires de l'hôpital, les centres de responsabilité n'ont jamais été mis en place. L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 entérine cet état de fait. La contractualisation interne doit s'effectuer (article 5) entre la direction de l'hôpital et les pôles d'activité. En effet, dans la mesure où le pôle prend ou tend à prendre la place du service dans l'architecture médicale de l'hôpital, il regroupe des services et des départements. Le contrat de pôle implique une délégation de gestion de la part du directeur envers le chef de pôle. Ce contrat est calqué sur le contrat pluriannuel, dans la mesure où il définit les objectifs, les moyens, les indicateurs de suivi, et les modalités d'intéressement aux résultats, et il comporte une évaluation annuelle.

Enfin, depuis le 1er janvier 2006, l'hôpital, comme tout établissement public, est soumis aux règles de gestion de la LOLF. En particulier, le budget est construit par missions, programmes, et objectifs dotés d'indicateurs de résultats. Le budget doit être constant, hors inflation, pour une période de trois ans (actuellement, 2015-2017). Dans ce cadre, une fongibilité asymétrique prévaut. Autrement dit, si des investissements supplémentaires en matériel médical sont réalisés, des emplois d'un montant équivalent doivent être supprimés et ne peuvent être recréés durant la période. Mais la réciproque est rendue impossible : des postes de travail supplémentaires ne doivent pas être créés par réduction des investissements en matériel. En outre, une comptabilité analytique doit être mise en place (LOLF, article 30) selon la règle qui consiste à retracer le coût complet d'une politique publique jusqu'au dernier euro.

Mais est-ce que cette gestion financière et ce contrôle par la comptabilité analytique et les contrats sont "efficaces" et "efficients" ? Le rapport cité de l'inspection générale des affaires sociales est contraint de reconnaître les difficultés engendrées par le fait que- concurrence libre et non faussée oblige dans les appels d'offre- les logiciels de comptabilité et d'informatique médicale sont plus ou moins compatibles²². Mais surtout, on l'a vu, ce contrôle restrictif a pour conséquence l'endettement des hôpitaux.

III. ÉTAT STRATÈGE ET DIRECTEUR ENTREPRENEUR

Outre la tarification à l'activité et la contractualisation par objectifs, la réforme de l'État que l'hôpital inaugure se traduit dans ses formes de gestion administrative et de contrôle.

À partir de la loi citée de 1991, en passant par l'ordonnance de 1996 et la dernière loi en date, la loi de 2009, une nouvelle forme de pouvoir politique et administratif se met en place pour gérer l'hôpital. Cette nouvelle forme est calquée sur le modèle de la grande entreprise transnationale : la "gouvernance", et en particulier la distinction entre la direction stratégique (conseil d'administration et direction centrale) et direction opérationnelle (unités de production de biens et services, filiales). La loi de 2009 dit explicitement que l'État fixe les grandes orientations de la politique de santé publique. D'ailleurs, en fait, ces orientations sanitaires sont doublées d'orientations budgétaires à

²² IGAS, *Pratiques de comptabilité analytique dans les établissements de santé*, décembre 2010, p. 24.

travers l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'État exerce toujours la fonction régaliennne de police sanitaire à travers le ministère de l'intérieur, et en particulier sous l'autorité des préfets de département et de région. L'agence régionale de santé (ARS) a pour mission principale de mettre en œuvre ces orientations au niveau de la région au moyen du schéma régional d'organisation sanitaire et au moyen de la direction et du contrôle qu'elle exerce sur les hôpitaux et cliniques. C'est là une régionalisation de l'administration de la santé publique et des établissements. De même, à l'intérieur de l'hôpital, la direction porte sur la gestion stratégique et les chefs de pôle, qui sont des médecins, chirurgiens, etc., sont chargés de la direction opérationnelle. Cette distinction entre la stratégie et l'opérationnel est intégrée dans la construction même du projet d'établissement et du projet médical d'établissement, auquel s'est ajouté le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation. Dès la loi de 1991, la logique de projet, d'objectifs et de résultats, commence à remplacer la logique de moyens.

Le titre même du chapitre II de la loi de 2009 : "statut et gouvernance des établissements publics de santé" entérine ces nouvelles pratiques administratives.

Au niveau de l'hôpital, cette nouvelle forme de pouvoir politique et administratif se traduit dans les changements de pouvoirs respectifs de la commune et de son maire, de l'organe délibératif, qui est devenu conseil de surveillance, des organes représentatifs des personnels, et du directeur qui tend à devenir un véritable patron. En effet, si le maire demeure président de l'organe délibératif, l'essentiel des pouvoirs de gestion revient au directeur.

1: Le conseil de surveillance : de la gestion administrative à la gestion "médico-économique"

On est alors loin de l'hôpital tel qu'il a fonctionné jusqu'à la loi de 1970.

Les fonctions délibératives ont porté principalement sur la gestion des conditions matérielles qui sont nécessaires à l'exercice de la médecine d'hôpital. Mais, à partir de la loi de 1970, le conseil d'administration et ensuite, depuis 2009, le conseil de surveillance délibèrent sur la stratégie de l'hôpital, et en particulier sur certains aspects de l'exercice de la médecine.

Le décret n°58-1199 du 11 décembre 1958, marquait une séparation nette des fonctions entre commission administrative et corps médical. La commission administrative (article 23), possédait une fonction essentiellement budgétaire : la gestion comptable et, pour les hôpitaux de 200 lits au plus, une fonction administrative : la nomination du personnel administratif, hospitalier et secondaire (les agents ouvriers et d'entretien). Le président de la commission administrative, à savoir le maire de la commune qui est le siège de l'établissement, était responsable du budget car c'est lui qui le proposait, et il disposait du pouvoir de nomination, sauf en ce qui concerne les médecins dans les grands hôpitaux. Sous entendu : aux médecins tout ce qui relève de la médecine d'hôpital. Mais les actes de la commission administrative étaient soumis au contrôle du préfet de département. La commission administrative, constituée de 9 membres pour les centres hospitaliers (article 12) et de 12 membres pour les centres hospitaliers universitaires (article 14), comportait des élus locaux, des représentants des organismes d'assurance maladie choisis par le préfet de département, un médecin, chirurgien ou spécialiste choisi par la commission médicale consultative, un médecin choisi par l'ordre des médecins et les syndicats représentatifs des médecins, et une personnalité qualifiée choisie par le préfet. Pour les CHU s'ajoutaient le doyen de la faculté de médecine ou le directeur de l'école de médecine et un professeur de clinique. Le rôle des médecins, chirurgiens, dans

le cadre de la commission médicale consultative, consistait principalement à être associés à la gestion administrative des personnels médicaux.

Le contrôle des actes médicaux relevait de l'inspection de santé publique. L'initiative d'une visite d'inspection revenait au préfet de département ou au directeur départemental de la santé.

La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 aligne l'hôpital sur les autres établissements publics en transformant la commission administrative en conseil d'administration (article 20). La composition du conseil d'administration est modifiée dans le sens d'une participation (1) des personnels médicaux et pharmaceutiques, qui ne sont plus choisis mais élus, et (2) des personnels titulaires non médicaux (infirmiers, etc., classés comme paramédicaux, secrétaires et agents techniques). Le président de la commission médicale consultative devient membre de droit. Le domaine de délibération s'étend à l'organisation médicale de l'hôpital : le conseil d'administration délibère (article 22) sur les créations, transformations ou suppressions de services, notamment sur la création d'une clinique ouverte²³.

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991, sans doute dans une première reconnaissance des droits des malades, ajoute à la composition du conseil d'administration un représentant des familles. Aux domaines de délibération précédents s'ajoutent le projet d'établissement, y compris le projet médical d'établissement, ainsi que le bilan social et l'intéressement, ce qui signifie l'instauration de primes aux résultats.

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 réduit les catégories de membres du CA à trois : (1) représentants des collectivités territoriales - ce qui inclut la possibilité d'un représentant de la région, outre la municipalité et le conseil général ; (2) représentants des personnels médicaux et paramédicaux²⁴ et (3) personnalités qualifiées et représentants des usagers. Le point notable consiste dans le fait que les représentants syndicaux ne sont pas explicitement mentionnés.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 transforme le conseil d'administration en conseil de surveillance. Cette transformation (article 9) ne change pas grand chose, ni à l'organe de délibération, ni dans la composition mise au point par l'ordonnance de 2005, à ceci près que les organisations syndicales sont explicitement mentionnées. Son domaine, non de délibération, mais d'avis consultatif, s'étend à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Par contre, les fonctions du conseil de surveillance sont nettement différenciées : se prononcer sur la stratégie, contrôler la gestion, délibérer (sur le projet d'établissement, la convention constitutive du CHU, toute convention, les statuts des fondations hospitalières, etc.) et donner un avis (sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins, la politique immobilière, le règlement intérieur de l'établissement).

En d'autres termes, par ses délibérations sur le projet d'établissement, - et donc indirectement sur le projet médical - l'organisation en services et en pôles, la politique d'innovation médicale, et ses avis sur la politique de qualité des soins, le conseil de surveillance intervient beaucoup plus activement sur les pratiques médicales. Il devient un organisme d'administration médico-économique.

23 La clinique ouverte est abordée plus loin.

24 Personnels paramédicaux : infirmier-e-s, aides soignant-e-s, personnel médico-technique (technicien de laboratoire, etc.)

2. Comment on devient directeur entrepreneur

Longtemps, l'administration des hôpitaux publics a fonctionné sous le contrôle de la commission administrative.

La fonction de directeur est créée par la loi du 21 décembre 1941 (article 13) et mise en application en 1943. Le directeur, agent de l'État nommé par le préfet sur concours, était chargé de l'exécution des décisions de la commission administrative et n'avait qu'un rôle consultatif dans les séances de la dite commission. Cependant, déjà, pour les hôpitaux de plus de 200 lits, le pouvoir de nomination des personnels revenait au directeur.

Le directeur est maintenant nommé par le ministre chargé de la santé, et ses fonctions commencent à changer par rapport aux dispositions de la loi de 1941. D'exécutant, il devient une autorité. Certes, en vertu du décret cité de 1958 (article 27), le directeur était placé en position subordonnée par rapport à la commission administrative et aux médecins. Le directeur assurait le secrétariat de la commission administrative et de la commission d'adjudication, et préparait le budget, lequel était proposé par le maire (article 23). Le directeur n'était responsable, dans sa fonction d'ordonnateur des dépenses, que de l'exécution du budget. Toutefois, de même qu'en application de la loi de 1941, pour les hôpitaux de plus de 200 lits, le pouvoir de nomination revenait au directeur général. Mais le décret de 1958 précisait que le directeur assurait la conduite générale de l'établissement et était "*responsable du bon ordre et de la discipline*", sans pour autant diriger le corps médical.

Par la loi citée de 1970 (article 20), le directeur "administre" l'hôpital, conjointement avec le conseil d'administration.

Cependant, du fait sans doute que la finalité de "maîtrise médicalisée des dépenses de santé" devient une deuxième finalité de l'hôpital, les pouvoirs du directeur sont très progressivement renforcés.

Tout d'abord, la loi de 1991, par son article 8, confère au directeur l'autorité sur l'ensemble des personnels, et donc sur les personnels médicaux.

Mais c'est surtout dans la loi de 2009, article 10, que les pouvoirs du directeur sont renforcés. Le directeur conduit la politique de l'établissement, a le pouvoir de nomination et autorité sur l'ensemble du personnel, est ordonnateur des dépenses. Mais aussi,

- 1° après consultation du directoire, il conclut le contrat pluriannuel avec le directeur général de l'ARS ;
- 2° il décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, la politique d'amélioration continue de qualité et de sécurité des soins ;
- 3° il arrête le bilan social et définit la politique d'intéressement ;
- 4° il détermine le programme d'investissement ;
- 5° il fixe les prévisions de recettes et de dépenses [=le budget] ; (...)
- 7° il arrête l'organisation interne de l'établissement ; (...)
- 11° il conclut les délégations de service public [=le transfert des missions de service public à des services ou des établissements privés] ; (...)
- 14° à défaut d'accord avec les organisations syndicales il décide de l'organisation du travail et des temps de repos.

En bref, un vrai patron, un entrepreneur, ou presque, étant donné la spécificité et les compétences professionnelles des médecins.

C'est une difficulté pour un directeur d'établissement public que d'avoir à diriger

des personnes très qualifiées. Pour contourner cette difficulté, les médecins ont été associés à la direction.

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 créait (article 1er) un conseil exécutif. Ce conseil exécutif était composé d'une part de responsables administratifs : le directeur et des membres de l'équipe dirigeante, et d'autre part de médecins : le président de la commission médicale d'établissement et des médecins choisis par lui, dont au moins la moitié exercent la fonction de chef de pôle, et, dans un CHU le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine. Le conseil exécutif avait pour fonctions

- (1) d'élaborer et de mettre en œuvre le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- (2) de préparer le projet médical et les plans de formation et d'évaluation,
- (3) de contribuer à élaborer et à réaliser le plan de redressement, et
- (4) d'émettre un avis sur les nominations de chefs de pôle et de chefs de service.

La loi de 2009 (toujours dans l'article 10) contourne la difficulté de manière plus systématique. S'il y a conseil de surveillance, il y a directoire : c'est là l'une des raisons de la transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance. Le directoire exerce un rôle de conseil auprès du directeur. Il est composé en majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique et inclut le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Du fait que le pouvoir du directeur est renforcé, le pouvoir du directoire est amoindri par rapport à celui du conseil exécutif de 2005. Outre son rôle de conseil, le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement en fonction du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. En clair, aux médecins le projet médical, à la direction le projet d'établissement et la gestion administrative et financière.

3. Les projets comme base des contrats

La stratégie, dans ses axes, ses objectifs et ses moyens, est mise en forme principalement dans le projet d'établissement, devenu obligatoire par la loi citée de 1991 (article 8). Le projet d'établissement, établi sur la base du projet médical d'établissement, détermine les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et celui des soins infirmiers, et définit la politique sociale, les plans de formation, la gestion et le système d'information. Il doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire quant à la détermination des moyens en équipement et en personnel. Sa durée maximale est de cinq ans. Au projet d'établissement, l'ordonnance citée de 1996 (article 8) ajoute un double juridique : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, de sorte que le projet d'établissement et le projet médical d'établissement constituent, non plus seulement des documents d'orientation, mais une obligation contractuelle de l'hôpital vis-vis de l'ARH, puis de l'ARS, obligation dont le non respect peut entraîner des pénalités financières. Le projet d'établissement est spécifié en projets opérationnels : projet de service et projet de pôle.

4. Organes représentatifs : médiation entre le médical et l'économique

Depuis la loi du 20 décembre 1941, l'institution de l'hôpital moderne s'appuie sur diverses formes de rapports de pouvoirs entre d'un côté le gouvernement, les pouvoirs locaux, l'administration et de l'autre les personnels, en particulier les médecins. On peut identifier de tels compromis dans l'exercice des soins, dans les statuts et dans les formes de représentation des personnels.

Gouvernement et praticiens hospitaliers (médecins, chirurgiens, etc.) ont réalisé une sorte de compromis sous la forme de la "clinique ouverte". Au départ, étant donnée la gratuité des soins hospitaliers pour les pauvres ou les malades sans assurance sociale, il s'agissait d'autoriser la prise en charge de malades à titre payant (décret du 17 avril 1943, article 22). Depuis la généralisation de l'assurance maladie (ordonnances de 1945), la clinique ouverte se réfère à l'exercice libéral de la médecine (y compris pour les sages femmes) dans l'hôpital public et, entre autres, l'autorisation de lits privés (ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958, article 1er et unique). Des restrictions à cet exercice libéral sont apportées par la loi de 1999 qui crée la CMU (article 54) : suppression des lits et équipements privés et limitation de l'exercice privé à 20 % du temps de service.

Les personnels de l'hôpital sont classés en deux catégories : personnel hospitalier et personnel secondaire.

Le personnel secondaire est constitué d'un côté par les agents administratifs et de l'autre par les agents ouvriers et d'entretien. D'ailleurs, les fonctions d'agent ouvrier et d'entretien sont ou tendent à être externalisées.

Le personnel hospitalier se compose d'une part des médecins et pharmaciens et d'autre part des sages femmes, infirmier-e-s, aides soignant-e-s et personnels médico-techniques.

Les médecins et pharmaciens sont des agents publics, dont le statut est proche du statut des fonctionnaires. Les médecins, chirurgiens, etc., peuvent jouir d'un statut différent selon qu'ils exercent à temps plein ou à temps partiel. Mais il est parfaitement possible pour un praticien hospitalier à temps partiel d'exercer dans une clinique privée.

Quant aux infirmier-e-s, leur position sociale et leur métier comme technicienne-s de santé se sont modifiés, sans doute en raison du contrôle de l'État et de l'orientation de la médecine comme application des sciences biologiques. D'ailleurs, depuis le décret n° 891 du 17 avril 1943 (article 102), pris en application de la loi citée de 1941, qui conférait la préférence aux diplômés d'État sur le "personnel congréganiste", elles et ils ont progressivement remplacé les religieuses.

Depuis la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, les personnels hospitaliers, autres que les médecins, chirurgiens, odontologistes et pharmaciens, forment avec les personnels secondaires, la fonction publique hospitalière. Ce qui caractérise les personnels de l'hôpital, c'est le fait que, après leur recrutement par concours, ils sont nommés dans leur poste par le directeur. C'est sans doute la raison pour laquelle la fonction publique hospitalière a été détachée de la fonction publique d'État.

Mais, alors que les agents contractuels étaient jusque là l'exception, pour les cas de démission ou de vacance de poste, la loi citée de 1991 (article 8, Section IV) généralise la possibilité de recruter des agents contractuels, en particulier comme médecins.

Entre le conseil de surveillance (et ses prédécesseurs : la commission administrative, le conseil d'administration) et la direction d'une part, et le corps médical d'autre part, un corps, un organe intermédiaire, à compétence consultative, a pour fonction de négocier la gestion des personnels médicaux. C'est la commission médicale consultative : le décret cité de 1958 (article 25) précise que le directeur assiste aux séances et en assure le secrétariat. En effet, avant la loi du 21 décembre 1941 et surtout son décret d'application du 17 avril 1943, tous les personnels de l'hôpital étaient nommés dans leurs fonctions par la commission administrative et son président, le maire. Le décret cité de 1943 institue, pour le recrutement des médecins (article 114), un concours sur

épreuves ou sur titres, organisé par le directeur régional de la santé et de l'assistance. La réussite au concours autorise à postuler l'exercice dans un établissement. À partir de 1958, la commission médicale consultative peut émettre un avis sur les nominations et sur les conditions d'exercice. La loi citée de 1970 (article 24) étend le domaine de compétence consultative et en fait une obligation : la commission médicale est consultée sur le budget, les comptes, et l'organisation et le fonctionnement des services médicaux. Par la loi n°87-575 du 24 juillet 1987 (article 4), la commission médicale consultative devient commission médicale d'établissement. Le champ de ses avis, pour lequel elle est "*obligatoirement consultée*", s'étend encore : non seulement le budget, les comptes et l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et pharmaceutiques, mais aussi les pôles et les départements, et aussi les autres services qui intéressent la qualité des soins et la santé des malades. Par contre, et peut-être indépendance professionnelle oblige, rien de précis n'est dit sur ce que doit contenir le projet médical d'établissement, sinon en ce qui concerne la politique d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins.

En outre, afin de négocier l'organisation du travail, un comité technique paritaire est mis en place par la loi citée de 1970 (article 24). Ce comité devient comité technique d'établissement (loi de 1991, article 8, Section III) et ses avis s'étendent à tous les domaines de délibération du conseil d'administration.

Enfin, marquant ainsi l'importance du travail infirmier, mais aussi à des fins de recherche sur les soins infirmiers et d'évaluation, une commission des soins infirmiers est instituée par la loi de 1991 (article 8, Section III). Avec la généralisation de l'évaluation de la qualité des soins, cette commission devient commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (ordonnance de 2005, article 6).

5. Régionalisation du contrôle administratif et sanitaire

La création d'agences régionales instaure, sauf pour les spécialités rares, des systèmes hospitaliers régionaux.

La loi citée de 1970 institue l'étatisation des hôpitaux en même temps qu'elle crée le service public hospitalier. Par ce fait même, les hôpitaux sont gérés directement par le ministère chargé de la santé et les cliniques qui participent au service public hospitalier sont autorisées par le préfet de région (loi citée de 1970, article 34) ou par le ministre pour certains établissements de portée nationale.

Mais l'ordonnance du 24 avril 1996 (articles 10-14) institue une déconcentration, une régionalisation de la gestion par la création de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). L'ARH était une personne morale de droit public, dotée de l'autonomie administrative et financière, sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) constitué entre l'État et les organismes d'assurance maladie, dont au moins une union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Certaines ARH pouvaient exercer des compétences interrégionales. Les pouvoirs ou compétences de l'ARH étaient exercés par une commission exécutive et un directeur. La commission exécutive était formée de représentants de l'État, désignés par le ministre chargé de la santé, et de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie désignés par ces organismes. Elle délibérait sur 1° les autorisations (d'activités de soins), 2° les orientations quant à l'allocation des ressources, sur avis du comité régional de l'action sanitaire et sociale et 3° les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur avis des organismes d'assurance maladie. Ainsi, l'ARH constituait une administration régionale conjointe du ministère chargé de la santé et de l'assurance maladie.

L'agence régionale de santé (ARS), qui est mise à l'expérimentation par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (articles 67 et 68), remplace

l'ARH par la loi de 2009 (article 118). Les compétences de l'ARS reprennent les pouvoirs de l'ARH sur la médecine d'hôpital mais elles s'exercent aussi sur les institutions médico-sociales, qui relevaient jusque là de l'autorité du préfet de département. L'ARS intègre en fusionnant les services de santé des collectivités territoriales : ceux du département (inclus dans la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) et de la région (ceux qui sont inclus dans la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), ainsi que le groupement régional de santé publique et la mission régionale de santé. Elle constitue elle aussi une administration conjointe de l'État et des organismes d'assurance maladie : la caisse régionale d'assurance maladie et l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Elle est dotée d'un conseil de surveillance, qui est présidé par le préfet de région, et qui est composé de membres des organismes d'assurance maladie désignés par les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs, des représentants des collectivités territoriales et de représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées. Alors que la commission exécutive de l'ARH avait une composition administrative (État et assurance maladie), le conseil de surveillance de l'ARS ressemble au conseil de surveillance d'un hôpital, à la différence près que son président, le préfet de région, représente l'État et n'est pas élu. Cependant, le directeur général, nommé en conseil des ministres, détient l'essentiel du pouvoir dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique au niveau régional et infra-régional. Il exerce en effet son pouvoir par sa mission consistant à "*réguler, orienter, organiser*" l'offre régionale de santé en concertation avec les professionnels, à autoriser l'activité des établissements, par sa responsabilité dans la formation et son évaluation, dans la définition, sur avis du préfet de région, des territoires de santé. Plus encore que le directeur de l'ex-ARH, le directeur général de l'ARS acquiert un rôle de préfet sanitaire de région, sauf en ce qui concerne la police sanitaire.

La police sanitaire²⁵ est un des domaines de l'état de police, ou État administratif, qui a été mis en place à partir de la fin du XVII^e siècle et surtout dans le courant du XVIII^e siècle dans la mesure où la santé publique - qu'on appelait l'hygiène publique - est devenue partie intégrante de la gestion ordinaire de la population, et non plus de la gestion exceptionnelle des sujets pour les cas d'épidémies. La police sanitaire porte actuellement sur les risques sanitaires ou sur la dimension sanitaire des risques civils (catastrophes naturelles, accidents industriels ou nucléaires, mesures en cas de guerre, etc.). Elle est mise en œuvre par les préfets et les inspecteurs de santé publique, lesquels inspecteurs sont les héritiers des médecins hygiénistes. Du fait de la régionalisation dans la gestion des hôpitaux, certains domaines de contrôle sortent de la police sanitaire au sens restreint et sont intégrés dans la gestion courante de la sécurité des soins. En effet, les compétences de l'ARH ont été formalisées dans l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 (article 8) et maintenues dans l'ARS. Certaines compétences du préfet de département ou du préfet de région en matière de contrôle des établissements hospitaliers sont transférés à l'agence régionale de l'hospitalisation puis de l'agence régionale de santé. Ces compétences, qui faisaient partie de la police sanitaire, entrent alors dans le champ de la gestion administrative courante : autorisation d'activité pour les établissements privés et pour les hôpitaux locaux, approbation du budget et, plus généralement, des délibérations du conseil d'administration des hôpitaux publics, autorisation des services d'urgence (SAMU), suspension de médecin, sage femme et autre personnel paramédical en cas de danger grave pour le patient, autorité sur les

25 Le terme de "police sanitaire" ne signifie pas ici l'action répressive de "forces de l'ordre" mais a le sens classique d'administration régie par des lois et règlements, et non par les coutumes. La gendarmerie, au titre de la sécurité civile, peut bien sûr effectuer des interventions de police sanitaire.

médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique quant au contrôle de l'exécution des lois et règlements, délimitation des secteurs sanitaires et psychiatriques (englobés dorénavant dans les territoires de santé).

6. L'informatique médicale comme gestion économique des soins

Comment s'exercent la gestion et le contrôle des hôpitaux et cliniques ? Outre le contrôle au moyen de la contractualisation, depuis le milieu des années 1980, un des moyens privilégiés consiste dans l'informatique médicale baptisée, bizarrement, programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). C'est bizarre, en effet, car c'est un système informatique appliqué aux actes médicaux, plutôt qu'une intégration de l'informatique dans les activités médicales.

Là aussi, comme pour la tarification à l'activité, cette méthode de gestion a été mise au point au point aux États-Unis. C'est le résultat obtenu en 1980 par Robert B. Fetter, professeur à l'université de Yale, spécialiste de l'organisation de la production industrielle, et par son équipe, dont faisaient partie des médecins²⁶. L'article de 1980 expose d'une part les raisons et d'autre part la méthode qui ont conduit à élaborer un logiciel de gestion des hospitalisations, en parallèle et en complément de la tarification à l'activité. Les raisons de la codification informatique ainsi réalisée tiennent d'une part à la finalité de maîtrise des dépenses (*cost containment*) et d'autre part à l'objectif de faire fonctionner l'hôpital comme une industrie. L'hôpital, pris comme entité économique, ressemble (p. 1) à une firme multiproduits. Afin d'analyser l'économie de l'hôpital, il faut alors s'appuyer sur l'analyse par projet (exemple donné : le projet Apollo de la NASA), car cette méthode permet de prendre en compte et de réunir toutes les opérations et tous les coûts de production qui sont affectés au projet et qui s'intègrent dans un produit final.

La finalité à long terme de cette procédure consiste à déterminer le coût et l'utilité (*cost and value*) de toute activité de soin. Cette procédure permet de séparer le soin au sens strictement technique et l'hôtellerie (chambre, repas, blanchissage, etc.). On peut ajouter qu'elle permet de séquencer, de tayloriser, les activités de soins par exemple en intervention chirurgicale et soins infirmiers, soins de suite ou de réadaptation. Elle permet de déterminer la performance d'un hôpital (p. 23) et de la comparer à celle des autres hôpitaux, ce qui représente une nouvelle forme de concurrence dans les activités de soins. La comparaison des performances comporte trois composantes : a) les pratiques médicales, b) l'éventail de cas (*case mix*) qui est spécifique à un hôpital, c'est-à-dire la proportion d'une pathologie dans l'ensemble des pathologies traitées par l'hôpital et c) l'interaction entre pratiques médicales et éventail de cas. Cet éventail de cas rend possible l'affectation au plus juste de ressources matérielles et humaines à un hôpital donné. L'article de 1986, page 43, indique clairement que la procédure informatique permet de définir un patient comme un produit²⁷ et que les groupes de diagnostics sont des classes de produits semblables.

L'informatique médicale ne s'arrête pas là. L'article de 1986 (p. 53) précise en effet que les techniques d'analyse des groupes de diagnostic comme "produits" permettent l'évaluation des compétences des personnels dans un but d'excellence, l'évaluation des équipements, l'analyse financière de la compétitivité propre à un hôpital, l'évaluation des besoins de la population, et enfin l'évaluation de la population médicale en fonction des

26 Robert B. Fetter, Youngsoo Shin, Jean L. Freeman, Richard F. Averill and John D. Thompson, *Case Mix Definition by Diagnosis-related Groups*, in *Medical Care*, February 1980, Vol. XVIII, N°2, Supplement, pp. 1-52. Également : Robert B. Fetter and Jean L. Freeman, *Diagnosis Related Groups : Product Line Management within Hospitals*, in *Academy of Management Review*, Vol 11, N°1, pp. 41-54.

27 De même, le rapport cité de l'IGAS, *Pratiques de comptabilité...*, à la note 22, page 16, parle de production d'un GHM par l'établissement.

spécialités. Les auteurs citent (toujours p.53) comme obstacle majeur à l'informatisation la conception humaniste du service et le fait de considérer les groupes de diagnostic comme une méthode trop "technocratique" (guillemets des auteurs).

La méthode de codification s'appuie sur deux facteurs : d'une part le diagnostic principal, codé selon la classification internationale des maladies, mise au point par l'organisation mondiale de la santé, et d'autre part la durée du séjour hospitalier. Tous les patients qui présentent un même diagnostic principal sont classés dans le même groupe : de là l'expression en anglais : "*diagnosis-related groups*". Cette méthode vise clairement à uniformiser les pratiques médicales et les durées de séjour.

Actuellement, en France, c'est l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui est chargée de la mise au point des procédures informatiques. L'agence a été créée, par le décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000, comme établissement public à caractère administratif, sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ses missions (article 1er) consistent, en application de l'article 18 de la loi de 1991, dans les travaux techniques portant sur la mise en œuvre et l'accessibilité aux tiers (=en particulier les services de l'État et l'assurance maladie) du système d'information, ainsi que le traitement des informations. De plus, l'agence apporte son concours aux travaux concernant les nomenclatures de santé. Un décret n°2008-489 du 22 mai 2008, article 1er, ajoute à la première mission (mise en œuvre et accessibilité), et en le plaçant en premier, le "pilottage" du système d'information. Ce décret ajoute aussi deux missions, classées 2° et 3° : la gestion technique du dispositif de financement des établissements de santé - tarification à l'activité depuis 2004 oblige - et l'analyse financière et médico-économique de l'activité des établissements de santé. L'agence succède à deux organismes qui ont fonctionné en application de la loi citée de 1991 : le pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS) et le centre de traitement de l'information du programme médicalisé des systèmes d'information (CTIP) et les remplace depuis 2003²⁸. En effet, l'informatisation de la médecine, à titre de méthode de gestion, présuppose une standardisation de la désignation des diagnostics et des actes médicaux, si bien que cette exigence est explicitement formulée dans une circulaire de 1989 sur l'informatisation des hôpitaux. Et ainsi, dans les CHR et les CHRU s'est mis en place un département ou service d'informatique médicale (DIM ou SIM), sous la responsabilité d'un médecin.

La méthode mise au point aux États-Unis est reprise en France vers le milieu des années 1980. Un groupe de diagnostic semblable est désigné comme groupe homogène de malades (GHM)²⁹. La première version, dite "version 0", est produite en 1986. L'objectif premier consiste dans la production d'un résumé standardisé de sortie (RSS) qui, à partir du diagnostic, retrace tous les actes médicaux. Ce résumé joue le même rôle qu'une facture et ainsi il est transmis à l'assurance maladie.

Le résumé comporte des données d'identité (nom, date de naissance, sexe, numéro d'identification) et des données médicales. Les données médicales, outre les dates d'entrée et de sortie, sont codifiées à partir d'un résumé d'unité médicale (RUM), unique si le patient souffre d'une seule pathologie, et multi-résumés si plusieurs pathologies sont en jeu. C'est le diagnostic principal, fondé sur la classification internationale des maladies (CIM, actuellement la dixième version depuis 1900, CIM 10), qui induit le classement dans un groupe homogène de malades. Les actes médicaux (anesthésie, radiologie, intervention chirurgicale, soins infirmiers, etc.) sont codifiés en vertu de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Ensuite peuvent entrer

28 ATIH, *Le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie*, 14/03/2011.

29 ATIH, *Le programme de médicalisation des systèmes d'information*, *idem*.

en jeu les complications et morbidités associées (CMA, par exemple un patient atteint d'une rupture du col du fémur et qui souffre de diabète), selon quatre niveaux, de telle sorte que le niveau 1 porte sur le diagnostic principal sans complication. L'âge du patient est pris en compte sous forme de limites d'âge pour la classification du patient dans un GHM. Ces limites sont établies d'après les statistiques préexistantes, et cela sous deux formes, d'une part comme limite d'âge susceptible d'intensifier le niveau de sévérité des complications : inférieur à 2 ans, 69 ans et 79 ans, et d'autre part comme limite propre à certaines prises en charge : 18 ans comme limite supérieure pour les affections infantiles, 36 ans comme limite inférieure pour le diabète.

À partir du résumé standardisé de sortie est construit un résumé de sortie anonyme (RSA), dans lequel sont ôtés le nom et le numéro d'identification, remplacés par un numéro d'anonymat, afin que ce résumé puisse être transmis à l'agence régionale de santé et servir à des fins de connaissance statistique, de gestion et de planification de "l'offre de soins". Pour les cliniques privées hors service public hospitalier, le résumé standardisé de sortie prend la forme d'un résumé standardisé de financement (RSF), qui est transmis à l'assurance maladie, et le résumé de sortie anonyme la forme d'un résumé standardisé de financement anonymisé (RSFA), transmis à l'agence régionale de santé. Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés, au moyen du numéro d'anonymat, permet de faire le lien entre tous les séjours hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, d'un même patient. Ainsi se construit le profil hospitalier d'un individu, certes anonyme, mais profil hospitalier tout de même.

Enfin, le groupe homogène de malades est converti en tarification à l'activité : le groupe homogène de séjour (GHS) pour l'hospitalisation en établissement et le groupe homogène de tarif (GHT) pour l'hospitalisation à domicile.

La conception et la mise en place d'une informatique médicale, ainsi que d'un réseau correspondant, présupposent comme conditions la cohérence et l'unicité de la classification, des procédures inscrites dans le logiciel. Mais, "concurrence libre et non faussée" oblige, et aussi en raison du soutien gouvernemental à la filière informatique, la conception et la production des logiciels de groupage en groupes homogènes de malades ont été confiées aux entreprises privées. Comment faire alors pour assurer la cohérence et la compatibilité des systèmes ? Le ministère chargé de la santé a décidé en 1990 de transmettre à ces entreprises le "noyau de programmation".

Contrairement à ce qu'on aurait pu croire à première vue, le PMSI n'a pas de finalité médicale, mais une finalité économique de gestion et de productivité et, en second, une finalité de statistiques de santé publique. Car la construction d'un groupe homogène de malades obéit à une logique d'agrégation des coûts, étrangère à une logique clinique³⁰. L'informatique médicale permet de saisir sur le vif, en quelque sorte, cette gestion anonyme, encadrée par les statistiques, des malades et des maladies. Elle permet aussi de décomposer un acte médical en une série de séquences et donc une division plus poussée du travail médical et, à la longue, une déqualification des personnels médicaux.

30 IGAS, *Pratiques de comptabilité*, op. cité, p. 16 note 26.

IV. MANAGEMENT PAR LA QUALITÉ

Combinée avec la tarification à l'activité et l'informatique médicale, les gestionnaires et les experts de la santé publique ont mis au point et mis en place, dans les années 1980 et 1990, une nouvelle méthode de gestion, plus directement néolibérale : la politique de qualité des soins et d'évaluation de la qualité.

Là aussi, cette méthode de gestion de la médecine a été conçue aux États-Unis. D'après les bibliographies et les enquêtes citées dans les articles, la réflexion et les enquêtes sociologiques sur la qualité des soins commencent vers le milieu des années 1960. Mais, en tant que méthode de gestion, la "démarche qualité" n'apparaît que vers 1980.

1. Institutions : des normes omniprésentes

En France, cette nouvelle politique de qualité des soins commence par la création d'institutions. Le décret n°87-367 du 3 juin 1987 autorise le comité national pour l'évaluation médicale. La loi n°87-575 du 24 juillet 1987, relative aux établissements d'hospitalisation et aux équipements sanitaires, en transformant la commission médicale consultative en commission médicale d'établissement (article 4) transforme du même coup ses fonctions. En particulier, la commission médicale d'établissement se prononce, chaque année, sur un rapport, établi avec le concours de l'administration, concernant l'évaluation technique et médico-économique des soins. Le ministère chargé de la santé crée, en février 1990, comme association régie par la loi de 1901, l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). En conséquence, le décret cité de 1987 est modifié par le décret n°90-797 du 7 septembre 1990.

Le comité national pour l'évaluation médicale, loin d'être supprimé en raison de la création de l'agence, est modifié quant à ses missions et à sa composition. Les missions sont l'objet de l'article 1er : suivre les initiatives et les résultats des évaluations dans le domaine médical, aux fins d'appréciation des méthodes et des résultats des évaluations, faire appel à l'ANDEM, faire des propositions au ministre chargé de la santé ou être saisi par lui en matière de sujets d'évaluation ou de diffusion des conclusions, veiller à ce que l'éthique médicale soit respectée dans les évaluations et la diffusion des résultats (=secret médical et indépendance professionnelle seulement ?). Sa composition est étoffée par rapport à 1987 : outre le président de l'ordre national des médecins, le président de la conférence des doyens de facultés de médecine, se sont ajoutés le président de l'Académie nationale de médecine, le président de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le président de la conférence des présidents des commissions médicales d'établissement des CHU, le président de la conférence des présidents de commissions d'établissement des hôpitaux généraux, le président de l'Union nationale des associations de formation médicale continue, et les présidents des syndicats médicaux français les plus représentatifs. Ainsi, quant à la qualité des soins et à ses évaluations, le comité national acquiert, conjointement avec le ministère, une fonction de "pilotage stratégique" et de régulation tandis que l'agence, ici l'ANDEM, est chargée des activités "opérationnelles".

On peut ainsi noter que la politique de "qualité des soins" précède l'affaire du sang contaminé, qui a été révélée en mars 1991 par *L'événement du jeudi*.

La loi citée de 1991 rend officielle et généralise la politique de qualité des soins, (article 1er, Section II). Tous les établissements hospitaliers, tant publics que privés,

doivent mettre en place une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action de prise en charge des malades. Les finalités présentent deux niveaux : d'une part la qualité, et d'autre part l'efficacité. Le moyen consiste dans la construction d'un système d'information (le PMSI) qui tienne compte des pathologies et des modes de prise en charge (entre autres la future tarification à l'activité). Le rôle du système d'information revient à améliorer la connaissance et l'évaluation des activités et coûts et à favoriser l'optimisation de l'offre de soins - c'est-à-dire la restructuration du système hospitalier, les suppressions et regroupements. Dans ce contexte, l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) a pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre les méthodes et expérimentations nécessaires, de diffuser les résultats, de former les personnels concernés et de développer une fonction de conseil.

L'ordonnance citée de 1996 (Titre II, articles 2, 3 et 4) remplace l'ANDEM par l'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES). Son domaine de compétence s'étend à la médecine de ville, mais reste centré sur l'hôpital. La mission de l'ANAES consiste à contribuer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et dans l'évaluation des services et des établissements. L'ANAES est constituée par un collège scientifique qui comprend deux sections : une section de l'évaluation et une section de l'accréditation. L'évaluation porte sur la santé publique et l'accréditation sur l'évaluation externe des services et des établissements. Cette ordonnance n'a pas osé le terme d'audit, mais c'est bien de cela qu'il s'agit. Les services et établissements sont soumis à une double évaluation : l'évaluation interne ou autoévaluation, et l'évaluation externe ou accréditation. L'accréditation est une des conditions du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, et en particulier des marges de souplesse financière dont dispose le directeur de l'ARH, puis de l'ARS, vis-à-vis de l'hôpital. Dans un délai de cinq ans, tous les établissements devaient être accrédités. Remarquons le passage de l'évaluation des pratiques médicales à l'évaluation de la "santé". Un décret n°97-311 du 7 avril 1997 précise l'organisation et le fonctionnement de l'ANAES. L'évaluation (1997, article 1er) effectuée par l'ANAES porte en effet "1° sur la fréquence et la gravité des problèmes de santé et les facteurs de risques, 2° l'évolution des techniques préventives, diagnostiques, thérapeutiques et de réadaptation, 3° les différentes pratiques selon le mode d'exercice (=hospitalier public, libéral, etc.), 4° la fréquence et la gravité des accidents iatrogènes et des infections nosocomiales et 5° l'importance et le nombre des actes, des prestations et des fournitures qui ne sont pas valides sur le plan sanitaire". Ces analyses ne font-elles pas double emploi avec les rapports des médecins spécialisés dans la santé publique et des médecins inspecteurs de santé publique ?

Ce double emploi ne marque-t-il pas un changement d'orientation vers une régulation de la "santé", et des médecins ? L'accréditation, comme évaluation externe, en effet, n'est pas effectuée par les médecins inspecteurs de santé publique, lesquels ont pour domaine la conformité aux lois et règlements, mais par des praticiens hospitaliers, détachés temporairement de leur fonctions de soins. Ainsi l'accréditation constitue une évaluation par les pairs, sur le modèle de la technique anglosaxonne de la "*peer review*". Ainsi, également, l'évaluation va au-delà de ce qui est autorisé ou rendu obligatoire par les lois et règlements. Cette conception et ces pratiques d'évaluation expriment la pratique managériale actuelle, selon laquelle, quand on fait normalement son travail on n'a pas encore fait grand chose.

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (articles 35 – surtout - et 36) remplace l'ANAES par la haute autorité de santé (HAS) en étendant le domaine de compétence à la médecine de ville et aux produits de santé (= médicaments, embryons, cellules, organes et prothèses). C'est pourquoi la HAS intègre aussi le fonds de

promotion de l'information médicale et médico-économique, lequel relevait jusque là de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'accréditation est alors désignée comme certification. La haute autorité de santé acquiert de nouvelles missions (article 35) : "1° l'évaluation périodique du service médical attendu quant aux produits, actes et prestations de santé, et du service médical rendu, ainsi qu'un avis qui porte sur l'inscription au remboursement et à la prise en charge des produits, actes et prestations par l'assurance maladie, et un avis sur leurs conditions de prescription et d'emploi, 2° établir des guides de bon usage des soins ou des recommandations de bonnes pratiques, (...), 5° participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé". Dans la réalisation de ses missions, la HAS tient compte des objectifs pluriannuels de santé publique. En outre, la HAS doit établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté des règles de bonnes pratiques.

Ainsi, de 1990 aux années 2000, les agences puis la haute autorité ont mis au point les référentiels : le bon usage des soins, le bon usage du médicament, et les bonnes pratiques. Il faut noter que "bonnes pratiques" traduit l'expression managériale anglosaxonne "*best practices*", les meilleures pratiques, en fait l'excellence des pratiques. Les pratiques médicales sont alors encadrées et intégrées dans les protocoles de soins, c'est-à-dire des procédures obligatoires concernant les actes médicaux. En d'autres termes, la qualité, c'est-à-dire l'excellence managériale, a été codifiée en normes.

2. "Qualité" des soins, ou comment rendre les normes "naturelles"

Mais pour quelles raisons, dans les années 1980 aux États-Unis, dans les années 1990 en France, une forme de "démarche qualité" est devenue une méthode de gestion appliquée à la médecine d'hôpital ? Cette insistance sur la qualité des soins, aussi bien au niveau des institutions que dans les pratiques d'évaluation a quelque chose d'étonnant. Les médecins, chirurgiens, infirmiers, etc., n'auraient-ils pas soigné, et bien soigné, les malades ?

Parmi ces raisons, il en est une qui reste à l'arrière-plan, comme un fonds implicite d'arguments soi disant "légitimes". La gestion néolibérale des populations, de la main d'œuvre, tend à transformer les personnes en capital humain. Le "capital humain", en effet, est censé comprendre, outre l'éducation et l'aptitude à la mobilité professionnelle, la santé³¹. Du point de vue des classes dominantes, les rapports à la maladie et à la santé n'intègrent plus alors seulement la gestion classique de la santé publique et de la main d'œuvre, mais les personnes comme capital humain et leur profil individualisé de risques. Ainsi, les dépenses affectées à l'hôpital tendent à être converties en investissement.

On peut identifier des éléments ou tendances qui visent à rendre naturelle la gestion par la qualité, avec pour objectif le zéro défaut, autrement dit par une forme de toyotisme appliqué à l'hôpital.

Tout d'abord la médecine d'hôpital, prise comme activité économique, tend à être gérée comme une industrie, l'industrie de la réparation des vivants humains. Ainsi il devient possible d'y transposer la gestion des autres industries, comme celle de l'industrie automobile.

La médecine d'hôpital elle-même s'est transformée. D'une part, de médecine anatomo-clinique qu'elle était depuis le XIX^{ème} siècle, elle se pratique, surtout depuis les années 1970, comme biomédecine, comme application de la biologie. D'autre part, en

31 Theodore W. Schultz, *Investment in Human Capital*, The Free Press, 1971, pp. 24-25.

fonction des progrès dans les instruments médicaux de diagnostic (scanner, etc.) et de traitement (laser, etc.), de même que par ses applications de la génétique, elle devient progressivement un ensemble de biotechnologies médicales, moins dépendantes de l'art médical, du geste manuel, lequel reste cependant prépondérant dans certaines activités de soins. Enfin, de l'art de la guérison des personnes malades elle passe à une médecine statistique, fondée sur l'établissement de groupes à risques.

Ensuite, le comportement des gestionnaires et des experts vis-à-vis de la santé publique consiste, de manière analogue à la prévention actuelle de la délinquance, à anticiper l'apparition d'un risque sanitaire, et par là à délimiter des populations et des zones géographiques à risques. Le risque potentiel est alors traité comme un risque réel. C'est ce que gestionnaires et experts désignent comme le passage d'un système de soins à un "système de santé"³².

En outre, en parallèle, et par l'action de diverses associations, dont les associations de malades du Sida, les droits des malades à être traités comme des personnes et non comme des maladies, ont fini par s'affirmer et par être codifiés.

Avant même que la "qualité des soins" apparaisse comme problème et comme mission de santé publique, un premier droit du malade est affirmé comme principe de législation sanitaire dans la loi de 1970 (article 1er), le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, sous réserve des dispositions propres aux différents régimes de protection sociale. C'est là une conséquence de l'intégration de cliniques privées dans le service public hospitalier. La loi citée de 1991 reprend (article 1er, Section I) le droit du malade au libre choix, en précisant les limites : les capacités techniques des établissements ainsi que, par référence implicite aux cliniques privées, le mode de tarification et l'autorisation de délivrer des soins remboursables. La loi de 1991 ajoute le droit à l'information, qui restait très encadré : le droit du malade à l'information s'exerce par l'intermédiaire du praticien qu'il désigne et reste soumis aux règles déontologiques, c'est-à-dire au secret médical.

Mais, dans la loi de 2002, le malade commence à être traité comme consommateur de soins. Ainsi, le droit du malade tend à ressembler au droit du consommateur. Les droits des malades consistent en particulier dans le droit à l'information, sans l'intermédiaire d'un médecin. Ce droit à l'information implique ce qu'on appelle le consentement "libre et éclairé" concernant le traitement envisagé, ou concernant les risques s'il s'agit d'un traitement expérimental. Les discussions, les polémiques, autour du "consentement éclairé" ont sans doute joué leur rôle dans la mise en place de cette notion de qualité. Ces droits comportent, dans le cas d'un accident médical avéré, un droit à l'indemnisation³³. Ainsi, un des objectifs de la gestion par la qualité vise à réduire les accidents médicaux ou le coût des accidents médicaux³⁴.

3. Vers la pratique managériale de la qualité

Sur ce fonds de raisons, implicites ou explicites, ce qui est en question en fait, ce n'est pas la qualité des soins délivrés à chaque malade. C'est principalement la gestion, la "gouvernance" par la qualité, selon les termes du document cité de l'OCDE, dans un objectif de productivité. C'est pourquoi la "qualité" comporte une dimension de santé publique et une dimension managériale.

32 OCDE, *Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, Forum sur la qualité des soins*, Parsi, 7-8 octobre 2010, p.4 du document préparatoire pour cette réunion.

33 cf. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

34 *Accréditation et qualité des soins hospitaliers, adsp* (actualité et données en santé publique : revue du haut conseil de santé publique) n° 35, juin 2001, Dominique Bertrand, professeur, service de santé publique, hôpital Fernand-Widal, AP-HP, coordonnateur du dossier, p. 17.

La qualité des soins ou du système de santé se présente tout à la fois comme efficacité, qui est censée mesurer le service médical rendu, et comme efficience, par laquelle on prétend mesurer le rapport entre qualité et coût du service, la productivité "médico-économique". Les experts, qui sont en général des médecins, divergent selon la prépondérance qu'ils donnent à la dimension de santé publique ou à la dimension managériale. Dans le contexte créé par cette problématique de "qualité", la qualité des soins doit-elle être subordonnée à la guérison des maladies, ou aux mesures, normes et objectifs établis par les gestionnaires ? Et d'ailleurs, la "qualité" signifie-t-elle la "satisfaction" des consommateurs de soins, et quel est le critère adéquat de "satisfaction" ? La "qualité" des soins se confond-elle avec la sécurité, c'est-à-dire avec l'absence d'accident médical ou d'infection nosocomiale ?

a) Médecin-manager ?

Parmi ceux qui donnent la prépondérance à la santé publique, le plus représentatif semble être Avedis Donabedian, médecin et professeur à l'école de santé publique de l'université du Michigan³⁵. Donabedian, en effet, s'oppose aux experts et gestionnaires pour lesquels établir la "qualité des soins" se réduit à identifier un seul facteur et "mesurer la qualité" ne comporte aucune difficulté. Il rejette ainsi une définition et une évaluation ("*assessment*") de la qualité par les seuls résultats parce que certains résultats, bénéfiques ou nuisibles, n'apparaissent que sur le long terme, et que l'évaluation par les seuls résultats représente uniquement le point de vue des managers et organismes payeurs. Selon Donabedian, la qualité des soins résulte d'un ensemble de facteurs sociaux : les médecins, les patients, et l'environnement administratif (gestion de l'hôpital) et économique (en particulier le système d'assurance maladie).

Une activité de soins peut être considérée sous deux angles, son contenu technique et les relations interpersonnelles entre le patient et le praticien. La qualité technique doit se comprendre en fonction de l'état des connaissances et de l'art médical. Du point de vue du patient, en tenant compte des informations qui lui sont transmises et de l'attention qui lui est accordée, le sentiment de satisfaction vaut qualité. Mais, cette satisfaction intègre un élément psychologique dans la notion de santé. Définir la qualité des soins revient à établir une norme, soit une norme technique en fonction de la médecine soit une norme sociale relativement aux valeurs et à l'éthique de la société. Néanmoins, cette norme s'appuie sur un calcul des risques.

En effet, la qualité également consiste dans le meilleur équilibre, ou équilibrage, ("*balance*"), entre ce qui est bénéfique au patient, et ce qui lui est nuisible, et qui constitue un risque. Les médecins ont tendance à pratiquer une norme technico-éthique, une norme qui s'exprime dans une définition maximaliste de la qualité : tout faire pour guérir ou sauver son malade, parfois en raison de la prouesse technique. Mais, selon Donabedian, cette définition maximaliste ne fonctionne pas. En effet, Donabedian met en avant une forme d'argument marginaliste, qui est empruntée à l'économie dite néoclassique et qui repose sur la thèse des rendements décroissants. Selon cette thèse, des investissements supplémentaires dans une même unité de production entraîneraient une faible croissance de la production et plutôt une baisse de la productivité et du taux de profit³⁶. Il en irait de

35 Avedis Donabedian, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Volume I *The definition of Quality and approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor, 1980. et *The Quality of Care How can it be assessed ?*, in *Journal of the American Medical Association*, september 23/30 1988, Vol 260 N° 12, pp. 1743-1748.

36 Bien que ce ne soit pas l'objet de la présente analyse, on ne peut s'empêcher de remarquer que cette thèse des rendements décroissants, qui est propre à la "science économique", constitue une des bases de la position selon laquelle résoudre divers problèmes (école, ici hôpital, etc.) "ce n'est pas un problème de moyens". De là l'injonction à la qualité, à l'innovation.

même pour les activités de soin. Dans la prise en charge d'un patient, au cours de son traitement, des soins supplémentaires, ou "unités additionnelles de soins", c'est-à-dire des examens, des actes de soin ou des médicaments supplémentaires, s'ajouteraient aux soins précédents. Mais la contribution de ces soins supplémentaires aux chances de guérison et à la guérison elle-même tendrait à décroître, jusqu'à devenir quasi nulle ou nulle. Par conséquent, il faut définir la qualité, non pas comme un maximum, mais comme un optimum entre ce qui est bénéfique et ce qui est nuisible. La qualité consiste alors dans une optimisation, à la fois technique et économique, car il est impossible, dit Donabedian, de faire abstraction du coût monétaire des soins.

La définition de la qualité, et l'évaluation, dépend de trois ensembles de facteurs : **la structure, le processus et le résultat.**

La structure détermine les conditions des soins et se réfère aux ressources matérielles et humaines, au système d'hôpitaux, entre autres à sa distribution géographique, ainsi qu'au système d'assurance maladie. Dans une évaluation de la qualité, la structure entre en jeu comme base d'une probabilité plus ou moins grande d'une bonne réalisation des soins.

Le processus se réfère aux activités de soins à la fois sur le plan technique (surtout) et sur le plan des relations entre malade et médecin.

Le résultat sanctionne l'aboutissement de l'activité de soins.

La qualité présuppose une définition, une conception, de la santé. Si l'on s'en tient au seul processus, la qualité apparaît comme le rétablissement de la fonction physique ou physiologique. Du point de vue du résultat, la satisfaction du patient confère à la qualité, et à la santé, un facteur psychologique. Si la structure est intégrée dans l'évaluation de la qualité, alors la qualité, et du même coup la santé, comporte "en plus" un rétablissement des fonctions psychologiques et sociales. À l'extrême, on parvient ainsi à une définition très large de la santé comme "qualité de vie" (guillemets de l'auteur, p. 18).

Donabedian se réfère, implicitement, à la définition mise en avant par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). On peut supposer que les experts de l'OMS n'ont pas voulu se satisfaire d'une définition négative de la santé comme absence de maladie et d'infirmité. Ils l'ont fait précéder d'une définition positive : le bien-être physique, psychologique, social et environnemental. Cette conception est tellement large qu'à première vue elle ne veut rien dire, sinon qu'il est possible de traiter les oppositions sociales comme une pathologie. Cette pseudo définition confond ce qui relève, ou peut relever, de la médecine et ce qui relève des rapports sociaux et du gouvernement. Car, dans cette définition, le "bien-être" traduit l'anglais "*welfare*", de sorte qu'on se réfère au "*Welfare State*", à "l'État providence". Cette conception s'intègre ainsi dans les pratiques d'un gouvernement global, très normatif, sinon moralisateur, de la "santé" des populations. Mais, à la différence d'une moralisation religieuse, ce type de moralisation implique une intériorisation du calcul des risques.

Dans son article de 1988, Donabedian, tout en reprenant l'ensemble de son argumentation, reconnaît que, étant données les difficultés propres à la notion de qualité des soins, on est loin des mesures de qualité, et donc d'une évaluation "objective". Malgré les prétentions scientifiques des experts de santé publique et des gestionnaires, ou à cause même de ces prétentions, la notion de qualité des soins est floue. Il est donc en fait impossible de mesurer cette "qualité" comme on mesure des distances. Mais le fait que des mesures de qualité des soins, et plus encore de qualité du "système de santé", sont impossibles à établir n'empêche pas les experts, en particulier dans le cadre de l'OCDE, de rechercher des indicateurs de qualité qui puissent fonctionner comme indicateurs de résultats³⁷.

37 Edward Kelley and Jeremy Hurst, *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*, OECD

b) ou Manager-médecin ?

Brent James, médecin, directeur de la recherche médicale et de la formation médicale continue à l'Intermountain Health Care incorporated (compagnie regroupant 24 hôpitaux dans l'Utah, l'Idaho et le Wyoming), et professeur associé de biostatistiques au Centre médical de l'université de l'Utah, semble être des plus représentatifs de la prépondérance accordée à la dimension managériale de la qualité³⁸. James s'appuie sur les travaux de Donabedian. En particulier, il reprend la définition de la qualité comme un optimum et non comme un maximum. Mais cette référence à Donabedian, James la fait dans une optique principalement managériale, qui envisage les pratiques de soin principalement sous l'angle de leurs résultats, tandis que la dimension de santé publique reste au second plan.

James s'inspire des techniques de contrôle industriel de la qualité, qui ont été mises au point par un ingénieur des laboratoires de Bell Téléphone, Shewart, à partir de 1939. Cette méthode de gestion a été diffusée au Japon de sorte que les japonais en ont fait un système de production et de gestion, le toyotisme. Le contrôle industriel de qualité, dans son principe, diffère des seuls contrôles et vérifications des produits en fin de processus de production. En effet, ce contrôle de qualité, en fonction d'études des goûts et "besoins" des consommateurs, définit *a priori*, avant d'entamer la production, des normes de qualité. Et ainsi le contrôle de qualité, humain ou automatique, s'échelonne sur toutes les étapes du processus de production. C'est ce qui s'appelle mettre le consommateur, le client, au centre. Transposé à la médecine d'hôpital, ce contrôle industriel de qualité devient le contrôle de la qualité totale (le zéro défaut) dans le sens de l'amélioration continue de la qualité ("*continuous quality improvement*", p. vii). Ainsi, la gestion de la qualité revient à mettre le patient au centre ("*patient-centered*"), expression que n'osent pas jusqu'à présent les auteurs des articles et rapports français³⁹.

La qualité, dit James, comporte deux composantes principales (en particulier, p. 19) : d'une part le contenu du soin, à savoir le résultat médical, les propriétés physiques du produit médical, et d'autre part la fourniture du soin, laquelle se réduit aux interactions entre le consommateur individuel et le système de soins et intègre la satisfaction du patient. Généralement, la qualité des soins revient à satisfaire les attentes du consommateur (p. 34). Reprenant l'idée de Shewart, et dans la technique d'évaluation de la qualité, James met en avant deux types de variations de qualité par rapport aux normes prédéfinies : les variations aléatoires ("*random variations*") et les variations spécifiques. Ces variations peuvent être identifiées et séparées au moyen du contrôle statistique de la qualité (pp. 38-39). En effet, les variations aléatoires appartiennent au processus de soin, à ses inputs (équipements, médicaments, personnels médicaux, etc.), si bien que les corrections de ces variations exigent du temps, ne peuvent être réalisées que sur une durée assez longue. Les variations spécifiques, qui relèvent de composantes du processus de soin, ne se manifestent pas continuellement et peuvent être éliminées rapidement. En fait, ces variations spécifiques, si on les oppose aux variations aléatoires,

Health Working Papers, 2006. Et Zeynep Or et Laure Com-Ruelle, *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?* Irdes, Document de travail n°19, décembre 2008.

38 Brent James, *Quality Management for Health Care Delivery*, The Hospital Research and Educational Trust, Chicago, 1989. Le Trust, éditeur de cette étude (p.iv), est affilié à l'American Hospital Association, et sa mission consiste à assurer la fourniture efficiente de soins ("*health care delivery*") qui soient accessibles et de grande qualité.

39 Néanmoins, André Grimaldi (*Réinventer l'hôpital public*, op cité, p. 83) montre, sans donner de références précises, que mettre le patient au centre du système de santé est une "*tarte à la crème des discours officiels*", et cela sans doute dans les réunions et séminaires d'experts. Ceci permet également de mieux comprendre ce qui est dit, dans l'Éducation nationale, sur l'échec scolaire et "mettre l'élève- ou l'étudiant- au centre",

portent sur des actes particuliers de soin, des actes qui engagent la responsabilité d'une personne précise.

Mais James, qui s'adresse à des médecins, admet que pour corriger les erreurs il faut se focaliser sur le processus de soin et non sur les personnes, mettre en œuvre une approche d'équipe et non une approche d'individu(s). Le but de la technique d'amélioration continue de la qualité consiste, en outre, à pouvoir comparer les modèles d'utilisation des actes de soins par les médecins et à différencier les hôpitaux du point de vue de leur efficacité (p. 29). Le contrôle de qualité pris comme amélioration continue de la qualité (p. 40) se présente, sous le terme d'amélioration, comme une technique de stimulation à innover.

En conséquence, il faut se demander à quoi correspond l'expression de "qualité centrée sur le patient".

L'Institut de Médecine (IOM, *Institute of Medicine*) des États-Unis, a d'abord mis l'accent sur les erreurs et accidents médicaux (*To err is human*, novembre 1999). Sur cette base, l'Institut a produit en mars 2001 un nouveau rapport : *Crossing the Quality Chasm*, c'est-à-dire combler, surmonter le gouffre de qualité - gouffre qui sépare, ou séparerait, l'état actuel des hôpitaux et la qualité. L'institut reprend à son compte les techniques managériales, centrées sur le patient et formule (p. 2 de la synthèse du rapport) un projet de réformes de rupture, car, toujours selon l'Institut, des améliorations graduelles ("incrémentales"), progressives, ne pourront suffire. Ce projet est présenté sous la forme d'impératifs : restructuration des processus de soin, utilisation effective des technologies de l'information, management de la connaissance et des compétences, développement d'équipes effectives (centrées sur le patient), coordination des soins dans la durée en fonction des conditions du patient, des services, des sites de soins. L'institut précise, page 3 de la synthèse, la signification de l'expression "centré sur le patient" : fournir des soins qui respectent le patient, qui soient sensibles à ses préférences individuelles, ses besoins et ses valeurs, et qui assurent que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques. En clair, dans le contexte des États-unis, centrer sur le patient revient à tenir compte des différences sociales, "raciales" et culturelles. On peut ainsi saisir sur le vif le fait que les termes de "préférence(s)" ou de "différence(s)" se réfèrent de manière "soft" aux inégalités et à leurs multiples formes. Ainsi, quoi qu'on en dise dans le contexte français, la politique de qualité des soins "centrée sur le patient" vise en fait à entériner, sinon aggraver, les inégalités sociales d'accès aux soins et de prise en charge des malades.

Dans le contexte français, la loi citée de 1991 (article 1er, Section II) oblige à une politique d'évaluation, visant à garantir la qualité et l'efficacité des soins. Elle ne dit rien qui engage une conception de la qualité. Par contre, l'ordonnance du 24 avril 1996 (article 2) et les textes législatifs suivants donnent comme objectif l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Autrement dit, en France, comme dans les autres pays de l'OCDE, la conception de la qualité à prédominance managériale s'est imposée comme politique de santé publique.

La plupart des articles qui constituent le dossier cité de l'adsp⁴⁰ (n° 35, juin 2001) portent le témoignage de ce management néolibéral de la qualité. De son côté, la Haute Autorité de Santé, note : "*Traditionnellement, la culture française en général, et la culture médicale en particulier nourrissent une crainte implicite à l'égard des raisonnements utilitaristes. De fait, jusqu'à présent, la qualité des soins a été le plus souvent traitée dans notre pays comme un objectif en soi. Notons par exemple à cet égard le cloisonnement actuel entre les procédures de certification des établissements et*

40 cf. note 33 : *Actualité et données en santé publique*.

la négociation des contrats d'objectifs et de moyens avec les agences régionales de l'hospitalisation. Le discours public a tendu en pratique à dissocier les politiques de qualité de leur utilité économique et organisationnelle."⁴¹ Mais, si c'est là viser une politique de productivité sous le nom de "qualité des soins", c'est en même temps reconnaître que des dispositions de l'ordonnance citée de 1996, en raisons de résistances diverses, ne sont pas entrées dans la pratique des hôpitaux.

Du point de vue législatif, en France, la distinction est faite entre qualité des soins et qualité du "système de santé".

La gestion de la qualité des soins se traduit, au motif de la sécurité, par des protocoles de soins obligatoires et très contraignants. Ces protocoles ignorent les variations individuelles des malades et des maladies et le fait que la médecine est un art et non pas une science, et encore moins une "science dure". Cette gestion représente en quelque sorte une normalisation des malades au moyen d'une normalisation des pratiques médicales.

La qualité du "système de santé", telle qu'elle est codifiée dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est interprétée (Titre III, Qualité du système de santé, articles 45 à 97) selon cinq composantes.

En premier, qualité signifie compétence professionnelle des personnels médicaux, des pharmaciens, et la répression des incompétences en cas de danger pour le patient.

La deuxième composante consiste dans l'obligation de formation continue, désignée dans la loi de 2009 comme "développement professionnel continu".

La troisième composante a trait à l'organisation obligatoire des personnels médicaux et paramédicaux (création d'ordres pour les infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) en ordres professionnels. À cela s'ajoute maintenant la reconnaissance officielle des ostéopathes et des chiropracteurs. Il est par là sous-entendu que l'ordre des médecins, etc., exerce un contrôle de qualité sur ses membres.

Le quatrième élément de qualité réside dans les mesures de prévention et d'éducation à la santé.

Enfin, la cinquième composante consiste dans la coordination des soins sous la forme, ici, de réseaux de santé et de coopération, ou ensuite, et de manière quasi obligatoire, de groupements de coopération.

Ainsi, à travers la qualité et le management par la qualité, se met en place un hôpital-usine dont la gestion et les pratiques de soins tendent à être normalisées. Cette gestion normalisée transforme les malades et les activités de soins en symboles de langage informatisé et en données statistiques. L'alternative n'est pas seulement, comme il est indiqué dans le dossier cité de l'adsp, entre médecine humaniste et médecine techniciste. Cette alternative est bien réelle, dans la mesure où la "médecine techniciste" revient à neutraliser le fait que les humains sont des vivants sociaux. L'alternative, plus directement politique, se joue entre une médecine d'hôpital qui est privatisée, dans le cadre même de l'hôpital public, du fait de son mode de gestion néolibéral, et une médecine qui relève du bien commun.

41 Haute autorité de santé, *Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé*, 2007, p.13.

CONCLUSION

L'invention du "médico-économique"

En conséquence de cette analyse critique, quel portrait de l'hôpital et de la médecine d'hôpital peut-on tracer ?

L'hôpital forme une institution de masse en même temps qu'une institution de soins. C'est dans ces conditions que l'hôpital est devenu un champ d'expérimentation politique et sociale tout autant qu'un champ d'expérimentation pour la biomédecine et les biotechnologies médicales. Même si les rythmes sont différents, la réforme de l'État et la réforme de la médecine vont de pair. L'hôpital, bien plus encore que la médecine de ville, réalise le gouvernement des vivants humains par la "santé".

À partir de 1970 surtout, l'hôpital n'est plus vraiment géré par la commune sous la responsabilité du maire comme il l'avait été depuis 1795.

L'étatisation de l'hôpital se traduit par le renforcement du pouvoir politique du ministère chargé de la santé, pouvoir politique maintenant centré sur la stratégie de santé publique. L'étatisation se traduit également par le renforcement du pouvoir administratif de la direction. Plus exactement, le directeur, qui est nommé par le ministre, a pour rôle de convertir la politique en administration. Ce renforcement des pouvoirs politique et administratif entraîne la prolifération de règlements et de normes. Depuis 1991, et surtout depuis les années 2000, ces renforcements se combinent avec la tendance à transformer le directeur en patron d'hôpital et les chefs de pôles d'activité, qui sont des médecins, chirurgiens, etc., en patrons des services. Ce renforcement se réalise selon une double tendance. D'une part, la gestion administrative, qui est mise en œuvre par le directeur, n'est plus seulement comptable et réglementaire mais touche à la médecine et à l'organisation des services, et cela via le projet d'établissement. D'autre part, en contrepartie, et selon les résistances et les mouvements sociaux, les médecins et les autres personnels sont plus ou moins associés ou intégrés à la gestion administrative au travers du conseil de surveillance et de leurs organes représentatifs.

La réforme de l'État s'inspire de la grande entreprise transnationale, en différenciant le niveau - national ou régional - de la gestion stratégique et le niveau - régional ou local - de la gestion opérationnelle.

Dans une fonction de déconcentration et de décentralisation, un niveau régional de gestion et de contrôle a été institué. Ainsi, conjointement avec le préfet de région pour la politique de santé publique, l'agence régionale de santé (ARS) joue le rôle d'un gouvernement régional de la médecine.

L'ARS est ainsi destinée à faire fonctionner hôpitaux et cliniques comme système hospitalier. En effet, l'organisation des hôpitaux et cliniques en système hospitalier passe par le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et les territoires de santé correspondants.

Le territoire de santé est censé organiser la coordination des soins et pour cela structurer les filières de soins. Cependant, les filières de soins pour les mêmes pathologies peuvent être centrées sur l'hôpital ou sur le médecin traitant, devenu médecin référent⁴². Ce double centrage rend la coordination plus précaire. Mais plus généralement, autant l'exercice libéral de la médecine que la division du travail et des spécialités peuvent mettre en échec la coordination des soins, ou la rendre plus administrative que médicale.

42 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, article 7.

Plus généralement encore, la cohérence du système hospitalier peut être battue en brèche par le fait que l'hôpital est maintenant soumis à une multiplicité de textes législatifs. L'hôpital est réglementé non seulement par les lois, ordonnances et décrets portant sur l'hôpital même. Il est aussi régi par les lois de santé publique, les lois relatives à l'assurance maladie, les lois de bioéthique et les lois de financement de la sécurité sociale. Ces lois peuvent comporter, en certains de leurs articles, des réformes de l'hôpital. Mais ces textes législatifs s'inspirent d'objectifs différents, sinon discordants. Et rien ne permet de supposer que les conséquences soient favorables aux malades et aux activités de soin.

La réforme de l'État remplace la logique de moyens, qui caractérise le service public classique, par la logique de résultats. Selon la logique de moyens, on part de l'analyse des besoins (ici, des besoins de soins) et on détermine les équipements et les personnels destinés à satisfaire les besoins. La logique de résultats est une logique sécuritaire, car, dans ce cadre, on interprète les besoins comme des risques et on fixe des objectifs de réduction des risques, qui sont identifiés dans le projet d'établissement et le projet médical d'établissement. Alors, les moyens matériels et les personnels sont déterminés en fonction des résultats qui sont mesurés dans les procédures d'évaluation. Tout se passe en effet comme si, vers le milieu des années 1980, les classes dominantes, dans la personne des experts, qu'ils soient gestionnaires politiques, médecins de santé publique ou économistes de la santé, ont déterminé une conception et une stratégie néolibérales concernant la médecine d'hôpital.

Ainsi les méthodes de gestion administrative classique ont été transformées. Comptabilité d'entreprise privée, informatique médicale, contrôle de qualité, tarification à l'activité, de même que les formes néolibérales de planification, font ou tendent à faire de l'hôpital une entreprise médico-économique. En parallèle avec ces réformes, les gestionnaires ont conduit au moyen des suppressions ou regroupements d'hôpitaux de proximité à une concentration des activités de soins en grands hôpitaux (CHR et CHRU). En fin de compte, sous l'apparence d'une rationalité de santé publique, ces méthodes de gestion ont pour finalité directe ou indirecte d'augmenter la productivité dans les activités de soins.

Il paraît étonnant que ces méthodes de gestion aient été importées des États-Unis. Car le système de soins états-unien est très différent. D'une part, les hôpitaux sont gérés par des fondations privées. Certes, pour la plupart des hôpitaux (80%), ces fondations ont un statut à but non lucratif. Mais celles-ci n'en ont pas moins adopté les méthodes néolibérales du management d'entreprise. D'autre part, mise à part l'assistance aux pauvres (*Medicare* et *Medicaid*), les systèmes d'assurance états-uniens sont eux aussi privés. Plus généralement, les inégalités entre médecine des riches et médecine des pauvres y sont clairement marquées.

Cela paraît moins étonnant si l'on tient compte d'une part du parti-pris idéologique néolibéral qui s'exprime dans l'imitation des États-Unis et d'autre part de l'objectif visant à transformer le système de soins en industrie de la "santé" et l'hôpital en entreprise.

La médecine d'hôpital est modifiée et transformée non seulement par les méthodes néolibérales de gestion mais aussi par l'ensemble de ses spécialités. La médecine d'hôpital est devenue biomédecine, servie, mais aussi conditionnée, par un ensemble de biotechnologies médicales (greffes d'organes artificiels, xénogreffes, etc.). Comme biomédecine statistique, elle construit des groupes, des populations à risques de sorte que chaque personne : enfant, femme enceinte, personne âgée, fumeur, etc., fait ou peut faire

partie d'un groupe à risque. Par là, elle affirme sa tendance à médicaliser la vie humaine, de la naissance à la mort.

La conception prédominante des études médicales et de bien des médecins fait de l'humain un système de machines biochimiques, génétiquement programmées. Dans la mesure où l'on peut traiter le vivant humain comme des machines, il apparaît également possible de maîtriser la vie biologique et, par l'intermédiaire de la vie biologique, la vie sociale des humains.

De là les fictions de l'enfant parfait, de la santé parfaite. La "santé" est interprétée selon un calcul des risques de maladies. On est en "bonne santé" si les risques sont réduits. Réduire les risques implique alors, pour la "santé", une vie aseptisée, purifiée des facteurs pathogènes, des normes concernant le régime de vie. La fiction de la santé parfaite⁴³ exprime le zéro défaut étendu au "capital humain", au "capital génétique". C'est là une fiction de surhumanité, d'humanité délivrée des contingences physiologiques : l'enfantement, la douleur, le vieillissement. Bien plus, des équipes de biologistes, d'abord aux États-Unis, en relation avec le NIH (*National Institute of Health*) et le ministère de l'énergie (*Department of Energy*) pour le financement, ont lancé le projet d'analyse complète du génome humain. Cet objectif est repris par le gouvernement des États-Unis, auquel se sont ralliés les principaux gouvernements européens. C'est la naissance du projet Génome Humain (HUGO : *Human Genome Organization*, 1989) qui mobilise ainsi les chercheurs des États-Unis et d'Europe principalement et qui, sous le contrôle des gouvernements, présente une ampleur analogue au projet Manhattan (la bombe A). Ces biologistes, dont beaucoup, aux États-Unis en particulier, ne sont pas médecins, n'en prétendent pas moins transformer les corrélations probabilistes (lois de l'hérédité de Mendel) entre d'une part facteurs génétiques ou "gènes" et d'autre part maladies ou risques de maladies en relations causales déterministes. Ces biologistes ont ainsi ouvert la voie à la notion de "maladie génétique" et prétendent construire une médecine prédictive. Les européens, aussi bien au niveau de la Commission Européenne en 1988, qu'au niveau de lois sur la recherche biomédicale, se sont opposés à la construction d'une médecine prédictive. Cependant, les examens et diagnostics prénataux, par exemple, changent de signification et peuvent entraîner un eugénisme "soft".

Une telle orientation de la médecine est plus ou moins acceptée, d'ailleurs, en raison de l'image du "progrès médical", du "progrès de la science", de cette image contestable selon laquelle toute nouveauté, par le fait même d'être une nouveauté, est un "progrès".

Ce ne sont pas seulement des fictions, car elles sont opérantes dans les pratiques médicales et managériales qui visent l'"amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins". Elles sont opérantes en même temps avec la finalité de "maîtrise" des dépenses. C'est ainsi que le système de soins tend à devenir "système de santé". Création de la novlangue néolibérale, les expressions de "système de santé", de "politique de santé", jouent sur les ambiguïtés. Du point de vue de la population, de la plupart des médecins et personnels médicaux, l'expression "système de santé" signifie principalement mettre l'accent sur la prévention des maladies. Du point de vue des gestionnaires, outre la finalité de "maîtrise des coûts" et outre le fait que la prévention forme un élément de la politique de santé publique parmi d'autres, cela veut dire surtout la gestion prévisionnelle des risques sanitaires par l'intermédiaire des normes statistiques.

La médecine d'hôpital est ainsi construite à partir du machinisme génétique du vivant et des normes statistiques qui sont traduites en référentiels de "bonnes pratiques". Contrairement à ce que laisseraient penser l'individualisation du profil médical et le discours concernant le "patient au centre", le patient est intégré dans un système de

43 Cf. Lucien Sfez, *La santé parfaite, Critique d'une nouvelle utopie*. Paris, Ed. Le Seuil, 1995.

normes médicales et économiques, de normes "médico-économiques". La médecine d'hôpital tend de ce fait à devenir une médecine neutralisée, impersonnelle, appliquée aux maladies, aux risques, plutôt qu'aux personnes malades. Mais en retour, les statistiques extraites de l'informatique médicale (PMSI) permettent de séquencer les activités de soins, de tayloriser le travail médical et donc rendent possible la déqualification des actes médicaux et paramédicaux.

Plus globalement, l'hôpital devient un laboratoire, un champ d'expérimentation sur les vivants humains, un secteur de l'"économie de la connaissance". Sous la condition d'un consentement libre, éclairé et manifeste, des recherches biomédicales, non seulement à finalité thérapeutique, mais aussi à finalité non thérapeutique, sont autorisées en 1988⁴⁴. Alors que la recherche biomédicale s'inscrivait exclusivement dans le cadre des CHU, il devient désormais possible, à partir de 2004, d'y associer les établissements privés qui participent au service public⁴⁵. De ce fait, le protocole de recherche, c'est-à-dire les procédures normalisées de la recherche, peut s'appliquer aux activités de soins et être institué en protocole de soins. Il est sous-entendu dans ces lois de 1988 et de 2004 que les entreprises pharmaceutiques peuvent être associées à ces recherches par des partenariats. Certaines recherches biomédicales, en particulier celles qui portent sur la génétique et les cellules souches, sur la reproduction et les embryons sont supervisées par l'Agence de la biomédecine, qui a été créée en 2004⁴⁶. Enfin, les pays occidentaux ont, dans le cadre de la stratégie d'économie de la connaissance, adopté une stratégie de bioéconomie. Cette stratégie porte sur l'agriculture et les biocarburants. Mais, surtout, elle couvre les recherches et les investissements dans les biotechnologies et l'usage des nanotechnologies à des fins de diagnostic et de soin, et aussi la fabrication de "l'homme augmenté"⁴⁷.

Mais ce n'est pas tout. Certaines recherches⁴⁸, hors hôpital, entre biologie et science-fiction, sont imprégnées de l'utopie du contrôle total de la nature, du vivant. Des chercheurs visent à simuler au moyen de logiciels les phénomènes et les caractéristiques du vivant, à construire en images virtuelles des populations d'unités chimiques et biochimiques, de sorte qu'il en émergerait des propriétés du vivant : cellules, organes, organismes, sensibilité, intelligence. C'est la pratique de la vie artificielle (*artificial life*), sur le modèle de l'intelligence artificielle.

La transformation de la médecine d'hôpital en biomédecine et en biotechnologies médicales, le fait même de traiter les maladies comme des risques, et, en fonction des normes morales et des connaissances nouvelles, identifier des risques nouveaux, tout cela fait apparaître de nouveaux "besoins de santé" et met en échec la "maîtrise des dépenses". Ainsi, dans le contexte français, les gestionnaires et les législateurs parlent de "solidarité nationale". Mais par la réforme de l'État (les méthodes de gestion) et la dépersonnalisation de la médecine qu'ils déterminent ou mettent en œuvre, ils font fonctionner l'hôpital selon le modèle de la grande entreprise privée et par là remettent en cause la solidarité collective des salariés. Au motif de l'individualisation des soins ils contribuent à mettre en place une médecine individualiste au lieu d'une médecine du bien commun.

44 Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, article 1er.

45 Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article 90, XII, 12°.

46 Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, article 2.

47 Commission européenne, 13.2.2012, COM(2012) 60 final, L'innovation au service d'une croissance durable : une bioéconomie pour l'Europe ; USA, National Bioeconomy Blueprint, The White House, April 2012.

48 Cf. Lucien Sfez, *La santé parfaite*, op.cité.

ANNEXE
CHRONOLOGIE
DES PRINCIPAUX TEXTES LÉGISLATIFS CONCERNANT L'HÔPITAL

1941-Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics

1943-Décret n°891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941

1958

-Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

-Ordonnance n°58-1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soin comportant hospitalisation

-Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics

-Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et à la recherche médicale

1970

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

1983

-Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale

-Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements publics et privés participant au service public hospitalier

1986

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière (création de la fonction publique hospitalière)

1987

-Décret n°87-387 du 3 juin 1987 portant création du Comité national pour l'évaluation médicale

-Loi n°87-575 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et aux équipements sanitaires

1988

Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales

1990

Décret n° 90-797 du 7 septembre 1990 modifiant le décret n°87-387 du 3 juin 1987 portant création du Comité national pour l'évaluation médicale

1991

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

1996

Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

1997

Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

1999

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

2000

Décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000 portant création de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

2001

Loi organique relative aux lois de finance (LOLF) du 1er août 2001

2002

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

2003

-Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

-Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale (articles 22-34 créant la tarification à l'activité)

2004

-Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

-Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (en particulier articles 88-97 : recherche biomédicale)

-Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

2005

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

2007

Ministère chargé de la santé et des solidarités

Arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

2008

Décret n°2008-489 du 22 mai 2008 relatif à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

2009

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

2010

Décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de santé et de l'autonomie

LEXIQUE : NOVLANGUE NÉOLIBÉRALE EN MÉDECINE

L'efficacité et l'efficience sont des avatars de la notion de productivité, et des mesures de celle-ci, appliquées à la médecine.

Efficacité

L'efficacité ne signifie pas, dans ce contexte, la guérison d'un malade, mais, pour des actes de soins ou des produits de santé, le rapport statistique entre le service médical attendu et le service médical rendu.

Efficience

L'efficience, comme technique de management néolibéral, désigne le rapport entre le coût du soin et sa qualité. C'est la mesure du "médico-économique".

Qualité

La qualité des soins se rapporte au résultat de l'efficacité et de l'efficience, et non pas aux caractéristiques propres aux soins. Elle signifie l'excellence des soins. D'une part, cette "excellence" se réfère à la concurrence ("être le premier sur un marché"). D'autre part, Cette qualité-excellence est prise comme prétention à la mesure statistique de la satisfaction des patients et de la sécurité des soins. De là, l'expression managériale : "amélioration continue de la qualité" (*continuous quality improvement*) intègre dans la "qualité" la satisfaction du consommateur et signifie ainsi la productivité économique des soins.

Médicalisation des systèmes d'information

Il s'agit en réalité de l'inverse : non pas l'intégration de l'informatique dans les pratiques médicales, mais l'application de l'informatique de gestion au contrôle statistique et financier des actes médicaux.

"Médico-économique"

Dans la gestion "médico-économique" des soins, c'est l'économique, et non le médical, qui prédomine comme critère de décision pour engager ou prolonger une thérapie. C'est même un des rôles de la bioéthique que d'établir et de justifier ce critère de décision.

"Offre de soins"

Ce n'est pas une "offre" au sens de l'"offre" répondant à une "demande" de soins. Les experts et gestionnaires construisent des statistiques des risques de maladie selon les zones géographiques ainsi que des statistiques extraites de la T2A et de l'informatique médicale (PMSI). Partant de ces statistiques, experts et gestionnaires déterminent le minimum jugé nécessaire au traitement des risques maladie. C'est là une "optimisation" des moyens matériels et des personnels. En clair, l'"offre de soins" signifie un rationnement des services hospitaliers.

Santé

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la politique de santé ne vise pas la prévention des maladies, mais, dans un cadre statistique, la réduction des risques de maladie à un minimum. C'est une notion statistique et sécuritaire de "santé".

SIGLES

Agence administrative de régulation

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation (de 1996 à 2009)

ARS : Agence Régionale de Santé (2009 - ...? Établissement Public à Caractère Administratif)

Agence d'évaluation

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (1990-1996)

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (1996-2004)

HAS : Haute Autorité en Santé (2004- ...? Autorité publique indépendante)

Agence de l'informatique (Établissement Public à Caractère Administratif)

ATI : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (depuis 2001)

Agences de sécurité sanitaire (Établissements Publics à Caractère Administratif)

AFSSAPS : Agence Française de sécurité du médicament et des produits de santé (1999-2012)

ANSM : Agence Nationale de sécurité du Médicament (2012-...?)

ANSES : Agence Nationale de Sécurité de l'alimentation, de l'environnement et du travail (2010)

InVS : Institut de Veille Sanitaire (1998)

Agence de la Biomédecine (depuis 2004)

Établissements

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

CH : Centre Hospitalier, parfois dit Hôpital de proximité

CHR : Centre Hospitalier Régional

Sauf les CHR de Metz-Thionville d'Orléans, tous les CHR sont maintenant des CHRU.

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

Lois

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale (loi constitutionnelle du 22 février 1996),
fixant l'**ONDAM** : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finance (1er août 2001)

Organismes consultatifs, et de "prospective"

CCNB : Comité Consultatif National de Bioéthique

CN(ou R)SA : Conférence Nationale (ou Régionale) de la Santé et de l'Autonomie

HCAAM : Haut Conseil sur l'Avenir de l'Assurance Maladie

HCSP : Haut Conseil en Santé Publique, **adsp** : Actualité et Données en Santé Publique (1992)

Organisme statistique

IDS : Institut des Données de Santé

Planification

CN(ouR)OSS : Comité National (ou Régional) de l'Organisation Sanitaire et Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Techniques de gestion

PMSI : Programme Médicalisé d'Informatique Médicale

T2A : Tarification à l'Activité pour chaque **GMH** : groupe homogène de malades

