

**1991 - 2021 :**

**Trente ans de transformations du système de santé.**

*Planification, contractualisation, évaluation en santé*

*Colloque épistolaire 2021*

1.	L'argument du colloque	3
1.1	La logique des réformes du système de santé et sa critique	3
1.2	Une mondialisation et une acculturation	5
1.3	Vers une nouvelle régulation macro-économique et du secteur de la santé ?	6
2.	Claude Evin : La loi hospitalière de 1991 : contexte et principales dispositions	10
2.1	Le contexte et la préparation de la réforme hospitalière	10
2.2	L'organisation sanitaire	11
2.3	Les établissements de santé	11
3.	Etienne Caniard : un doute sur les transformations accomplies	12
4.	Jean-Claude Moisdon : Qu'est-ce qui a changé ?	14
4.1	Qu'est ce qui a changé ?	14
4.2	Comment ça peut changer ?	16
5.	Pascal Garel : dans quelle mesure le triptyque planification-contractualisation-évaluation se retrouve-t-il dans les autres pays européens ?	19
5.1	Planification	19
5.2	Contractualisation	21
5.3	Evaluation	22
6.	Robert Boyer : La santé au cœur des débats post-Covid-19	22
6.1	Se préparer à la récurrence des pandémies	22
6.2	L'impératif d'un égal accès à la santé	23

6.3	Les plans de lutte contre la pandémie ne doivent pas aggraver précarité et pauvreté...vers un revenu de base ?	23
6.4	Réhabiliter l'hôpital, essentiel il doit devenir résilient	24
6.5	Réorganiser les systèmes de santé par une coordination de tous les acteurs	24
6.6	Elaborer un plan stratégique de lutte contre les pandémies et en confier la mise en œuvre à un Institut spécialisé, doté de moyens permanents	25
6.7	Transformer l'Organisation Mondiale de la Santé en une puissante Institution Internationale pour lutter contre le nationalisme sanitaire.	25
6.8	Le dilemme de la rationalisation de l'activité clinique au cœur de la transformation des organisations de santé – Réponse à Robert Boyer	26
7.	Philippe Mossé : De l'économie du système de soins à l'économie politique du système de santé	28
7.1	Rationaliser sans rationner	28
7.2	Le leurre de la « marchandisation »	29
7.3	Et maintenant ?	30
8.	Andreu Solé	32
	Bibliographie	32

## 1. L'argument du colloque

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière apparaît avoir ouvert un mouvement de transformations législatives et réglementaires majeures du système de santé dont la cohérence, la spécificité française et la durabilité restent à interroger. Ce mouvement a refondu les organisations de santé qui ne sont plus ordonnées de manière centrale par les médecins hospitaliers. Constituant une sorte de « technostructure sanitaire », de multiples agences qui n'existaient pas auparavant se sont emparées de sujets concernant directement les professionnels de santé : leurs pratiques, leurs parcours professionnels et leurs modalités de travail. Ce mouvement a permis une régulation assez précise et contrôlée des dépenses d'assurance maladie à l'aide d'un financement inédit (la tarification à l'activité - T2A) et d'une ligne hiérarchique constituée du ministère à chaque unité. La loi de 1991 semble ainsi avoir introduit un bouleversement dans le fonctionnement du système de santé comparable à ce que fut le rapprochement des hôpitaux et de l'université engagé au début du 19<sup>ème</sup> siècle et dont l'aboutissement fut les ordonnances, dites Debré, de 1958.

Cette analyse reste, néanmoins, à interroger. La cohérence d'un mouvement de réformes n'est peut-être qu'une rationalisation *a posteriori* oubliant la contingence de l'action publique et politique. Son caractère national est également ambigu. Liées au Nouveau Management Public (NMP), les réformes des trente dernières années ont constitué un savant mélange de traditions administratives séculaires et d'importations de notions et d'outils en provenance, en général, du management des grandes entreprises. Enfin et surtout, il est possible que le cycle trentenaire inauguré par la loi de 1991 touche à son terme sous l'effet de l'épuisement de sa dynamique, comme des remaniements apportés face à la pandémie de la Covid.

Il est proposé de traiter ces questions au cours d'un « colloque épistolaire » ouvert et libre, animé tout au long de l'année 2021 dont la conclusion aura lieu les 23 et 24 novembre 2021.

### 1.1 La logique des réformes du système de santé et sa critique

Parmi les transformations du système de santé entreprises depuis une trentaine, voire une quarantaine, d'années, la loi de 1991 portée par le ministre de la Santé, Claude Evin, a constitué un jalon décisif.

#### *La loi de 1991, un repère majeur*

Voté après quasiment trois années de débats, de recherches de compromis et d'ajustements progressifs, la loi du 31 juillet 1991 a ouvert le principe de l'ancrage du système hospitalier dans une perspective de santé publique. Cet ancrage sera sans cesse réaffirmé et consolidé dans les textes ultérieurs. Elle introduit logiquement des modalités de planification sanitaire sous la forme des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) qui seront intégrés dans les PRS en 2009 (loi HPST). Attaché au développement d'une logique contractualiste entre les acteurs, même publics, le législateur et le gouvernement de M. Rocard ouvrent également la voie à une plus grande autonomie des établissements de santé qui doivent développer un projet médical, puis d'établissement en cohérence avec le SROS. Au cours des mandatures suivantes, les Ordonnances de 1996 ne mettent pas en cause cet héritage et le consolident plutôt en le teintant des couleurs du Nouveau Management Public : création d'agences dans les différents domaines concernés, contractualisation renforcée entre les différents échelons du système de santé (ARH, puis ARS en 2009, CHT, puis GHT en 2016, établissements, pôles). C'est également la loi de 1991 qui instaure une collecte obligatoire des données du PMSI par les établissements dont l'aboutissement sera la T2A votée en décembre 2003.

Elle renforce, en outre, les évaluations de la qualité des soins engagées quelques années auparavant avec l'ANDEM et conduit, entre autres, à la création postérieure de l'ANAES, puis de l'HAS.

Quasiment toutes les transformations majeures du système de santé engagées au cours des dernières décennies ont été initiées ou ont été puissamment relayées par la loi de 1991. Au-delà de son rôle, la reprise de ses principaux éléments constitutifs par les lois ultérieures laisse entendre qu'une logique a prévalu à l'ensemble des réformes du système de santé depuis une trentaine d'années.

### *Une logique de rationalisation*

Apparemment, la loi de 1991, puis les ordonnances de 1996, comme celle sur les pôles en 2005 et la loi HPST jusqu'à celle du 26 janvier 2016 n'ont eu de cesse d'introduire dans l'organisation du système de santé les principes de la rationalité instrumentale dans l'exact sens qu'en donne Max Weber. Ces textes exigent que les dépenses dévolues à la santé s'inscrivent strictement dans un rapport objectifs / moyens traité sous l'angle de l'efficacité ou de l'efficience, c'est-à-dire de la performance. La santé publique doit officiellement fixer les objectifs du système de santé. Parallèlement à l'instauration de la T2A et des pôles (en 2005), une loi relative à la politique de santé publique a même été établie en 2004 pour les préciser dans le cadre de la transition épidémiologique que connaissent de nombreux pays. Ces objectifs sont traduits nationalement en objectif de dépenses d'assurance maladie. Ils sont opérationnalisés par les ARS, les GHT et les pôles selon une hiérarchie construite de toutes pièces en trente ans. Afin que leur mise en œuvre puisse avoir le soutien des acteurs locaux, une certaine latitude est laissée aux opérateurs, c'est-à-dire aux établissements qui peuvent entrer dans une démarche active au regard des objectifs fixés. La T2A et l'articulation des sections budgétaire d'investissement et d'exploitation sont les principaux moyens de leur autonomie relative. Pour pallier les dérives possibles de trop de latitude dans un domaine où le patient, vulnérable par définition, doit être protégé, une promotion de la qualité des pratiques professionnelles est déployée sous une forme non moins implacable : formalisation de recommandations et des droits des patients, traçabilité des pratiques, évaluation – certification des établissements, judiciarisation des relations avec les patients, publicité des résultats, financement à la qualité obtenue (en cours). Progressivement, enfin, la rationalisation est étendue du seul établissement public de santé à l'ensemble des acteurs dédiés à la santé sur un territoire au travers, notamment, de la notion de parcours (en cours également).

Cette logique de rationalisation a, donc, été promue de part en part des trente dernières années avec une grande constance et quels que soient les gouvernements. Cette logique mérite, cependant, d'être questionnée.

### *Une logique à interroger dans sa cohérence et son contenu*

La reconstruction *a posteriori* d'une logique intégrant la plupart des aspects des réformes de santé depuis trente ans peut être aussi entendue comme une forme de rationalisation intellectuelle négligeant la contingence de l'action publique.

Les gouvernements de Gauche et de Droite, alternativement au pouvoir, n'ont pas porté la même politique de santé. L'extension de la couverture de l'assurance maladie (instauration de la Couverture Médicale Universelle - CMU - en 1999 refondée en 2016) et l'affirmation des droits des patients (loi de 2002) ont été, entre autres, avancées par la Gauche, tandis que la tarification « libérale » qu'est la T2A (permettant une régulation par la compétition, plus que par la planification étatique) a été soutenue par la Droite avec l'objectif d'une convergence tarifaire entre le privé et le public. Il existe des marqueurs des différents groupements politiques qui ont été pleinement assumés sur les trente dernières années et qui nuancent la logique unique qui aurait été à l'œuvre. Certes, le PMSI a été

initié et porté par des gouvernements socialistes et son aboutissement, la T2A, a été mis en œuvre et promu par des gouvernements de Droite. Mais, ne s'agit-il pas de l'un de ces retournements dont l'histoire est si friande ? Le développement homogène et linéaire d'une politique de l'Etat en matière d'organisation des soins mérite, donc, pour le moins d'être questionné.

La rationalisation du système de santé, pour autant qu'elle constitue une interprétation valide des trente dernières années, requiert également une mise en critique portant sur son contenu. La rationalité instrumentale qui la sous-tend a été pleinement déployée au détriment de la rationalité axiologique dont se prévalent les professionnels de santé. Malgré leur complémentarité (on peut être rationnellement au service des valeurs que l'on défend), elles finissent par s'opposer dans le sens où la rationalité axiologique a pour critère premier la conformité aux valeurs défendues, tandis que la rationalité instrumentale a pour critère central le rapport entre la fin et les moyens (Weber 1919). L'une suppose une inconditionnalité, voire une certaine gratuité, l'autre introduit un calcul relativiste dans toutes les opérations engagées. La première donne sens à l'action, réduite à la performance d'une pièce d'un moteur par la seconde. L'écrasement de la rationalité axiologique par l'instrumentale est sans doute l'une des fondements de la crise durable des professionnels et des organisations de santé. L'hypothèse mérite pour le moins d'être enrichie et discutée. Ces premières questions portant sur l'histoire des réformes engagées depuis trente ans peuvent être complétées par une interrogation sur leur extension géographique.

## 1.2 Une mondialisation et une acculturation

Les réformes du système de santé engagées en France depuis une trentaine d'années l'ont également été dans la plupart des pays de l'OCDE posant la question d'une spécificité de leur déploiement dans l'espace national.

### *Une évolution mondiale*

Le PMSI a été initié aux Etats-Unis dans les années 70 et le principe a été diffusé dans la plupart des pays de l'OCDE conduisant nombre d'entre eux à adopter un mode de financement davantage fondé sur l'activité (Le Menn and Milon 2012; Véran 2017). De nombreux établissements de par le monde ont également mis en place une organisation polaire (Lega and Pietro 2005). La plupart des Etats ont créé des agences en charge de la santé publique, tandis que d'autres agences supervisent la qualité des soins (Santé Publique France et HAS en France, National Institute for Health and Care Excellence - NICE - au Royaume-Uni, Robert Koch Institute et IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit und Gesundheitswesen en Allemagne). Des procédures formelles et précises de la qualité et de la gestion des risques en ont découlé conduisant à l'évaluation périodique des établissements un peu partout dans le monde. De même, la réduction du nombre de lits de MCO concerne la quasi-totalité des pays anciennement industrialisés (Garel, Bouinot, and Villeret 2008). La rationalisation des systèmes de santé apparaît une tendance générale et internationale, même s'il existe des différences d'un pays à l'autre.

### *Avec de nombreuses spécificités*

Les disparités entre les systèmes de santé restent majeures, même s'il est aisé de supposer que les systèmes originellement bismarckien et beveridgien se rapprochent (le système français en étant un exemple avec, notamment, la Contribution Sociale Généralisée (CSG) introduite en 1990 et la CMU). La part du public reste, néanmoins, considérablement plus importante en Angleterre (en dépit de l'introduction d'acteurs privés) qu'en France et celle du privé associatif conserve sa place dominante en Allemagne (malgré un réel mouvement de privatisations).

En outre, certaines politiques ont pu diverger au cours des trente dernières années. Certains pays, les Pays-Bas par exemple, ont introduit une concurrence de leurs assureurs en santé qui, eux-mêmes, devaient mettre en compétition les pourvoyeurs de soins, tandis que la France s'est limitée à une compétition très encadrée entre les établissements privés et publics à l'échelon local sans jouer celle entre les assurances. En matière d'organisation du système de santé, une relative centralisation s'est opérée, en France, avec le resserrement de la ligne hiérarchique entre l'échelon national et les services opérationnels, tandis que certains pays, le Royaume-Uni, l'Espagne, s'engageaient dans une dévolution complète. Enfin, si le PMSI est un outil largement partagé, de multiples versions nationales ont été élaborées, parfois dans des perspectives très différentes (le PMSI anglais est conçu pour être synthétique, tandis que le français entend rendre compte précisément de la formation compliquée des coûts).

### *Une traduction incertaine*

Le jeu des similitudes et des différences révèle une question plus âpre, celle de la traduction dans l'espace national d'orientations générales. Le NMP a influencé l'organisation des services publics dans une majeure partie des Etats de l'OCDE et au-delà de l'OCDE. D'un côté, Le NMP a été introduit en France sous la forme de structures, d'outils et d'un certain vocabulaire au prix élevé d'une torsion des principes du droit public (Chevallier et Rouban 2003). L'assimilation du NMP apparaît profonde. De l'autre, il n'est pas sûr que la gestion des personnels et de leur carrière ait évolué en trente ans, que l'évitement et la prise de risque se soient transformés ou que la défiance entre le public et le privé se soit amoindrie en dépit des efforts de rapprochement. L'évolution des traits culturels de l'administration du système de santé apparaît ambiguë. La dynamique de l'acculturation de principes exogènes à l'administration française, ceux du NMP, reste donc à préciser dans le secteur de la santé de manière détaillée en raison de la capacité des acteurs à reprendre les mesures préconisées selon leurs conceptions et leurs intérêts. Une disposition (par exemple, l'ouverture des postes de la haute administration hospitalière à des non fonctionnaires) peut être votée et actée tout en étant invalidée au cours de sa concrétisation par les acteurs concernés qui trouvent les relais suffisants pour en entraver la mise en œuvre. La confluence subtile entre cultures traditionnelle et importée renvoie aux alliances politiques et aux formes économiques dans lesquelles s'inscrit le secteur de la santé.

### 1.3 Vers une nouvelle régulation macro-économique et du secteur de la santé ?

Avec les nuances qui viennent d'être évoquées, le mouvement de réformes initié dans les années 80 et engagé par la loi de 1991 semble connaître un relatif épuisement dans les années 2010, voire un renversement de tendances.

### *Une mise en cause globale des trente dernières années*

A l'échelle du secteur de la santé, l'ONDAM n'est plus régulée de manière aussi restrictive depuis 2019, certes en raison de la pandémie, mais non pour ce seul motif. *« Au total, l'ONDAM pour 2021 apparaît comme l'addition d'une augmentation des moyens (+5,1 Md€) supérieure à celle constatée en moyenne depuis cinq ans (4 Md€), de mesures nouvelles au titre du « Ségur de la santé » (7,4 Md€), pour la plus grande part sous forme de revalorisations salariales dans les établissements de santé et médico-sociaux, et d'une provision de 4,3 Md€ de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Depuis 2019, hors mesures exceptionnelles pour faire face à la pandémie, l'ONDAM progresserait ainsi en deux ans de 4,3% par an en moyenne, soit deux fois plus vite que sur les cinq dernières années (2,2% en moyenne annuelle) »* souligne le troisième avis du comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie du 15 octobre 2020. De même, la rentabilité hospitalière des

établissements publics établie par la Drees ( $\sum$  déficits et excédents cumulés /  $\sum$  recettes) semble avoir atteint son étiage en 2017 et être contenue depuis à moins de 1% limitant la pression financière exercée sur les établissements.

Les restructurations hospitalières, symboles et modalités centrales de la rationalisation de l'organisation de soins, ont été temporisées pendant la pandémie et semblent faire l'objet d'une attention ambiguë. Les pouvoirs publics apparaissent hésiter entre leur poursuite, telle qu'elles ont été menées depuis une trentaine d'années, et un changement de politique quant à l'organisation des soins. La réduction de l'offre capacitaire et la graduation des moyens ne seraient plus les objectifs prioritaires en la matière comme en témoigne la perspective d'une ouverture ou réouverture de 4000 lits « à la demande », c'est-à-dire prêts à être opérationnels.

Quant aux établissements, à leur financement et à leur gouvernance, le renversement est tout autant manifeste. La pondération de la T2A par d'autres formes de financement date du milieu des années 2010 et la recherche de formules alternatives s'accroît. Plus révélateur, alors que le service de spécialité faisait figure de survivance héritée de l'ancien monde hospitalier (celui du 20<sup>ème</sup> siècle), il redeviendrait doté d'une certaine valeur puisque, selon les termes du ministère de la santé, il est prévu de « *remettre le service et le chef de service au cœur de l'hôpital* ». Il est, en outre, précisé que « *les services deviennent l'échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins et d'encadrement et les chefs de service sont reconnus légalement. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 dite HPST les avait écartés de la gouvernance, pour rapprocher logiques budgétaires et logiques médicales.* » Qu'il s'agisse d'une annonce limitée à la qualité des soins ou de l'amorce d'une transformation plus profonde, il n'en reste pas moins que la parole publique devient attachée à la reconnaissance d'une entité organisationnelle dédiée à des préoccupations professionnelles, plus que gestionnaires.

La fin des années 2010 serait donc à nouveau porteuse d'une mise en cause globale de la logique antérieure d'organisation du système de santé. Il ne s'agit plus de réévaluer un dispositif particulier par une mesure partielle, mais de revoir l'ensemble de ses étages organisationnels à partir d'une logique nouvelle qui reste à identifier. L'école de la régulation (Boyer 2015a) pourrait en fournir une interprétation.

### *L'hypothèse d'un changement de régulation macro-économique*

Le secteur de la santé connaît un développement autonome du fait de l'évolution des dispositifs médicaux, des médicaments et des pathologies. Les transformations endogènes qui en découlent sont, cependant, enchâssées dans des évolutions sociétales tout autant décisives. L'érosion de l'autorité des professeurs de médecine n'est ainsi pas plus marquée que celle des autres professeurs, des prêtres, des avocats ou des politiques.

Le développement du secteur de la santé entre 1945 et les années 80 résulte, selon l'école de la régulation (Boyer 2015a), d'une alliance entre industriels et syndicalistes sous l'égide des Etats, alliance consistant à accorder aux salariés les gains futurs de productivité de manière mesurée et anticipée. La santé fut à la fois une rémunération accordée à la population travaillant (notamment, dans les systèmes bismarckiens), une garantie de disponibilité de la main-d'œuvre et une source d'investissement et de profit. Dès lors qu'à partir des années 80, la régulation économique devient financière et non plus étatique, les placements boursiers constituant la forme majeure d'anticipation des profits futurs, l'assurance santé n'apparaît plus comme « *une bonne nouvelle* » (Batifoulier 2015)(p. 4). L'Etat-providence constitue davantage un coût qu'une distribution ex ante des richesses produites d'autant qu'avec l'internationalisation des échanges les entreprises exportatrices n'ont guère de bénéfice à l'enrichissement de leur propre main-d'œuvre. La demande de réduction des

dépenses par redistribution ou de limitation de leur hausse, dont celles liées à la santé, en fut la conséquence.

La crise financière de 2008, l'acceptation de plus en plus difficile des accords commerciaux internationaux, le rôle assez effacé de l'OMC depuis une dizaine d'années, les replis nationalistes et l'intervention croissante des Etats dans les économies nationales pourraient signifier l'épuisement du modèle d'accumulation qui s'est mis en place à la fin des années 70. Dans le modèle émergent, la santé et l'éducation joueraient un rôle majeur – l'épisode Covid en témoigne - et seraient complémentaires. L'accumulation deviendrait principalement une accumulation de capital humain, valorisé notamment en termes de bien-être et de compétences. « *La recherche de la prospérité pourrait se substituer à celle de la croissance* » (Boyer 2015b)(p. 21) donnant lieu à un « *capitalisme anthropogénétique* » (p. 26) à préciser et à critiquer.

### *Une nouvelle utopie réaliste ?*

Les organisations de santé ont été construites sur des utopies qui survivent même si les croyances et les conditions matérielles de leur affirmation ont largement disparu (Peter 2001). Le capitalisme anthropogénétique n'est qu'une utopie de plus qui mérite, néanmoins, quelques précisions : les activités et les organisations de santé devraient être transformées dans les années à venir par la confluence d'évolutions liées, notamment, aux technologies de santé, à la place du patient et à ce qui peut être dénommée « la décroissance ».

Parmi les technologies de santé, il en est une qui devrait avoir un impact majeur, celle liée à la numérisation de l'information. Elle concerne, en particulier, les données de santé individuelles et les données de santé agrégées. Elle remanie également le rapport à l'espace facilitant le « à distance », les télé-consultations, -radiographies, -examens et -interventions, ainsi que le suivi individuel ou professionnalisé de l'état de santé des personnes via les objets connectés. Ce réseau de technologies peut être utilisé pour mettre à disposition auprès de nouvelles personnes et plus rapidement des compétences rares et des possibilités d'investigation / intervention onéreuses. Il constitue également un remarquable outil de contrôle individualisé susceptible de refondre les modèles assurantiels établis dans le courant du 20<sup>ème</sup> siècle. Il s'agit d'une première évolution susceptible de façonner les réformes des prochaines années.

La place du patient n'était pas au centre de la loi de 1991, mais elle est devenue au cours des trente dernières années un enjeu majeur de la transformation du système de santé. L'expérience du patient peut être réduite à celle de sa satisfaction, proche de celle d'un consommateur et déterminée par quelques facteurs (la disponibilité du personnel, les conditions hôtelières d'accueil, etc.). Ou elle peut être entendue comme une expérience existentielle touchant fréquemment à l'intégrité physique, la dignité, la capacité de vie et la mort du patient. L'appréhension de la voix du patient dans l'espace des soins hospitaliers et ambulatoires n'est pas sans lien avec le crédit qu'on lui porte, voire avec l'autorité qu'on lui accorde. Son émergence serait alors à situer au regard du déclin de l'autorité des professeurs ouvrant une comparaison possible entre les paroles des professionnels, des gestionnaires et des patients dans l'espace du soin. Dans cette perspective, la comparaison peut relever de l'analyse sociologique (ce qui autorise ces acteurs à prendre parole dans le monde contemporain) comme de l'appareillage organisationnel (les modalités par lesquelles leurs paroles se forment et échangent dans un staff, autour du lit d'un patient, etc.).

Enfin, une nouvelle utopie hospitalière ou des organisations de santé ne peut qu'être réfléchi dans le cadre de ce qui peut être appelé la « décroissance » consistant à la fois en une rationalisation des consommations nécessaires au développement et une réorientation de celui-ci : une accumulation de capital humain, plus qu'une accumulation de monnaie. La traduction de cette perspective dans le

champ de la santé reste à accomplir conduisant sans doute à revisiter la consommation d'actes et de médicaments, les alternatives plus ou moins sérieuses ou frauduleuses aux soins usuels, l'accueil et la prise en charge des patients.

Au final, les réformes engagées dans les années 90 et 2000 qui ont profondément restructuré le système de santé ont été conduites au nom de la rationalité instrumentale et semblent s'épuiser pour donner lieu à l'émergence d'une nouvelle utopie hospitalière. Ces propositions méritent discussion. Il est possible d'interroger l'ampleur du changement et de soutenir une capacité de résistance intacte du corps médical et des fonctionnaires face à la « managérialisation » des hôpitaux et à l'introduction d'éléments exogènes à leurs pratiques culturelles. L'ouverture possible d'un nouveau cycle de réformes peut être tout autant questionnée. Il est proposé à des professionnels de la santé, des fonctionnaires de la santé et aux enseignants-chercheurs de se positionner en faisant part de leur expérience, de leurs observations, de leurs intuitions ou de modélisations éventuelles permettant de donner plus de précision et de profondeur au panorama, sujet à critiques, qui vient d'être tracé. La formule adoptée est celle d'un colloque épistolaire dont le but est la progression d'une intelligibilité, celle des réformes du système de santé engagées depuis 30 ans et de leurs perspectives. Une base est fournie avec le présent document. L'objectif est de progresser par la multiplicité, la diversité et l'acuité d'analyses se confrontant et se répondant. Les modalités techniques de ce colloque épistolaire sont précisées ci-après.

## 2. Claude Evin : La loi hospitalière de 1991 : contexte et principales dispositions

### 2.1 Le contexte et la préparation de la réforme hospitalière

La loi du 31 juillet 1991 s'inscrit dans un contexte de « malaise hospitalier » résultant, notamment, de la politique d'encadrement des budgets hospitaliers depuis la fin des années 70. En 1979, est défini un taux directeur de l'évolution des budgets hospitaliers, puis en 1983 est instauré le budget global. Dans le champ clinique, « la révolution thérapeutique » conduit à des diminutions de durée de séjour hospitalier et des modifications de prise en charge, tandis que les années SIDA ont contribué à modifier, en particulier, le rapport aux patients. Formellement, le malaise s'est traduit par la « grève des infirmières » en 1988, puis par des mouvements des médecins hospitaliers, puis des internes et des chefs de clinique.

Dans une communication présentée en conseil des ministres le 12 avril 1989 sur « les grandes orientations de la politique de santé 1989-1992 » j'avais fixé quatre objectifs à une réforme hospitalière :

- ouvrir l'hôpital sur son environnement ;
- « décloisonner » l'hôpital ;
- améliorer l'implantation territoriale de notre réseau de soins ;
- harmoniser les financements du public et du privé.

Parallèlement étaient revalorisées quatre-vingt catégories de personnels hospitaliers suite aux « accords Evin » de 1988 et au « protocole Durafour » de 1990.

Une mission d'information, de concertation et de proposition composée de cinq experts procède, dans une première phase d'écoute, à 150 auditions, fait plus de 25 déplacements sur l'ensemble du territoire, puis formalise des propositions qui dans une seconde phase vont faire l'objet d'une large concertation dans le cadre de douze forums régionaux.

Le projet de loi issu des conclusions de cette démarche a, en outre, fait l'objet de diverses consultations institutionnelles dont une saisine du Conseil économique et social qui se prononce sur le projet de réforme le 14 novembre 1989.

Le projet de loi présenté à l'Assemblée Nationale le 19 décembre 1990 s'organisait selon l'exposé des motifs en six principes :

- donner un nouvel élan au service public hospitalier et rétablir un plus juste équilibre entre les deux secteurs d'hospitalisation : le service public et le secteur privé lucratif ;
- renforcer la logique médicale de l'organisation sanitaire pour que l'offre de soins réponde au mieux aux besoins de la population ;
- accroître l'autonomie des établissements et développer les responsabilités des acteurs du système de santé ;
- améliorer la concertation et le dialogue au sein des établissements ;
- confirmer et enrichir le partenariat entre l'Etat et l'assurance maladie dans la gestion du système de soins ;
- préparer l'avenir et favoriser l'adaptation de notre système hospitalier aux défis du XXIème siècle.

La loi n° 91-748 portant réforme hospitalière est publiée le 31 juillet 1991 (JO du 2 août 1991).

Parallèlement, différents autres textes de loi modifient les conditions de tarification des prestations de l'hospitalisation privée à but lucratif (à l'exception des honoraires médicaux) en instituant une « enveloppe globale » des dépenses et une tarification à la pathologie ou par groupe de pathologies. Un accord est signé en avril 1991 permettant l'évolution rapide de l'hospitalisation privée à but lucratif vers un système de régulation des dépenses de santé dans une logique conventionnelle.

La loi visait à transformer l'organisation sanitaire et le fonctionnement des établissements de santé.

## 2.2 L'organisation sanitaire

La loi de 1991 pose les premiers jalons de la régionalisation du système de santé : la carte sanitaire et le système d'organisation sanitaire de droit commun deviennent régionaux. Est ainsi instauré le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). L'ensemble des autorisations d'activités et d'équipements sont désormais délivrées par le préfet, alors qu'il n'avait auparavant compétence que concernant les établissements privés. Le préfet acquiert un pouvoir de tutelle et de contrôle *a posteriori* des établissements publics.

Les conférences sanitaires de secteur amenées à se prononcer sur la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire sont désormais ouvertes à l'ensemble des établissements publics et privés, alors que les groupements inter hospitaliers de secteur qui leur avait précédé n'étaient composés que des établissements du service public. Les possibilités de coopération entre établissements sont, en outre, ouvertes avec la possibilité pour les établissements publics de s'associer avec d'autres personnes morales sous la forme de conventions, de GIP ou de GIE.

Les établissements publics et privés sont, enfin, soumis à des dispositions communes :

- est affirmée la notion d'établissement de santé mettant en facteur commun des obligations concernant l'ensemble de ces établissements quel que soit leur statut juridique ;
- concernant les droits des malades, ces établissements ont obligation de constituer un dossier médical et de le communiquer au patient qui en fait la demande ;
- ils développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et de leurs modalités d'organisation des soins ;
- ils participent à des actions de prévention et de santé publique ;
- ils procèdent à l'analyse de leur activité et mettent en œuvre des systèmes d'information (PMSI).

## 2.3 Les établissements de santé

La nouvelle législation crée un statut original pour les hôpitaux publics : les établissements publics de santé qui leur confère la personnalité morale, l'autonomie administrative et financière, avec des règles nouvelles pour l'administration et leur gestion. Ces établissements sont soumis à un régime administratif, financier, budgétaire et comptable particulier.

Leur conseil d'administration est rénové. La procédure budgétaire est modifiée afin de permettre aux établissements de disposer de budgets prévisionnels en début d'exercice.

Il n'y a plus qu'un statut unique des établissements publics de santé avec deux sous-ensembles : les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. (Ils étaient auparavant subdivisés en centres hospitaliers, centres de moyen séjour, centres de long séjour et hôpitaux locaux).

La loi institue une « liberté d'organisation médicale » à l'intérieur des établissements. La question de l'organisation interne des établissements a été l'un des sujets forts de débat parlementaire (fallait-il laisser l'organisation interne fondée sur les services hospitaliers ou regrouper les services en

département pour sortir de la « balkanisation » de l'hôpital ? Le choix du législateur a été de ne pas imposer de structure uniforme mais de laisser chaque établissement s'organiser en fonction de ses spécificités pourvu que cette organisation soit cohérente avec le projet d'établissement). Sont créés parallèlement des services de soins infirmiers.

Le droit d'expression directe et collective de l'ensemble des personnels est organisé dans le cadre du conseil de service ou de département. Le comité technique paritaire qui existait avant la loi est remplacé par un comité d'établissement non paritaire (le CTE) composés de représentants élus et non désignés par les organisations syndicales.

Quant aux établissements privés, ils deviennent soumis (comme les établissements publics) au régime de l'autorisation et non plus de l'approbation de leurs programmes et projets de travaux comme précédemment. Ils signent des CPOM (contrats tripartites avec l'Etat et les organismes d'assurance maladie) comme les établissements publics. La représentation des salariés est prévue dans les conseils d'administration, les conseils de surveillance ou les instances qui en tiennent lieu. Une conférence médicale est créée dans tous les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier.

### 3. Etienne Caniard : un doute sur les transformations accomplies

Depuis la loi de 1991, pour prendre un repère aisé, les évolutions législatives et réglementaires ordonnant le système de santé ont été nombreuses, tout en restant finalement à la superficie de son fonctionnement. Les plus importantes et les plus décisives ont concerné surtout l'accès aux soins et particulièrement les rôles respectifs des régimes obligatoires et complémentaires (CMU, Généralisation de la complémentaire santé, PUMa, 100% santé ...). Des agences ont été également créées, dont les ARH, puis les ARS et la gouvernance de l'hôpital a été reconsidérée. Mais, ni le contenu de la politique de santé, ni la conduite de l'action publique n'ont été revisités de manière substantielle laissant les professionnels de santé dans des organisations finalement inchangées, un contrôle bureaucratique et tatillon en plus.

La politique de santé, en premier lieu, est restée centrée sur le curatif délaissant la prévention dont les budgets n'ont guère évolué. Il est significatif de constater que les principaux progrès en matière d'espérance de vie se situent aux deux extrémités de la vie, grâce aux considérables progrès dans les soins, alors que les résultats sont moins probants en matière de mortalité évitable. Celle-ci est davantage liée à des déterminants indépendants des soins relevant d'une véritable politique de santé s'attachant aux conditions de vie de la population. En aval de l'hospitalisation, l'accompagnement des patients et des familles n'a pas, non plus, été réellement soutenu alors qu'il devrait être sensiblement renforcé dans un contexte de chronicisation des pathologies. Au final, l'hôpital est resté le pivot du système de santé le conduisant à pallier, faute de solutions mieux adaptées, les faiblesses des autres parties. Devenant, bien souvent, une réponse par défaut il est écartelé entre une mission de développement des technologies de pointe très spécialisées et une mission d'accueil et de recours ultime et indispensable pour l'accès aux soins.

Cette inertie fonctionnelle pourrait être « locale », centrée sur les structures hospitalières. Elle inhibe, en fait, gravement l'action publique dans son entièreté dont le schéma constitutif, centralisation, défiance entre les acteurs, contre-jeux, centralisation à nouveau paralyse toute réforme au-delà de l'émission de quelques textes. Ceux-ci ont été nombreux portant tour à tour sur la forme juridique, le projet médical, le mode de financement des organisations de santé. Mais leur mise en œuvre est traversée, pour ne pas dire distordue, par les pratiques d'une large partie de l'administration dont

l'absence de confiance envers les acteurs conduit à la multiplication d'injonctions souvent trop tardives et surtout inadaptées à la diversité des situations locales.

Une illustration de ces pratiques contre-productives est particulièrement parlante, la gestion de la démographie médicale. Le centralisme excessif de notre système de gouvernance a conduit à une approche trop globale et quantitative négligeant les questions de répartition des professionnels et conduisant à un manque de médecins à partir de tensions réelles mais souvent localisées et cantonnées à la médecine générale et à quelques spécialités. D'une année à l'autre nous sommes ainsi passés d'un discours sur l'excès d'offre médicale (souvenons-nous que le MICA, mécanisme d'incitation à la cessation d'activité a perduré jusqu'en octobre 2003) à un sentiment de pénurie catastrophique. La réalité est évidemment beaucoup plus nuancée. Nous avons beaucoup de médecins mais l'augmentation de leur nombre ne s'est pas traduite par un accroissement parallèle du temps médical disponible, et surtout, par une répartition plus juste. C'est celle-ci tant par spécialité que géographique qui est à revoir, les pénuries s'accompagnant, aujourd'hui encore d'excès d'offre dans certains secteurs. Si l'Etat doit assumer ses responsabilités en matière de formation, il ne peut se désintéresser des conditions et lieux d'installation des nouveaux professionnels ainsi formés en réponse aux situations de déserts médicaux. Augmenter le temps médical c'est aussi développer les nouveaux métiers, favoriser les coopérations professionnelles pas seulement avec des textes fixant les compétences de chacun jusque dans le plus extrême détail mais en laissant les professionnels s'organiser localement en fonction des ressources et des besoins afin de rompre les cercles vicieux bureaucratiques.

De manière plus critique encore, la création des ARS a finalement reproduit à quelques exceptions près le schéma centralisateur classique. Si la création d'agences « indépendantes » est une caractéristique partagée par de nombreux pays, la France n'a pas accompagné ce mouvement en faisant évoluer son administration centrale d'un rôle de tutelle à celui d'animation. Est-ce la vision française de l'égalité, qui s'attache davantage au droit qu'aux faits qui conduit notre pays à avoir tant de réticences face à une réelle décentralisation ? La question se pose de manière d'autant plus aiguë que l'expérience de la crise sanitaire nous montre que les agences qui ont su le mieux répondre aux enjeux nouveaux sont celles qui n'ont pas reproduit l'architecture de de l'Etat au niveau régional mais ont su se doter d'échelons territoriaux efficaces ?

Les exemples pourraient être multipliés dont un dernier peut être cité. Au-delà de l'incapacité des différentes réformes à prendre en compte les interactions entre une médecine ambulatoire largement libérale et à peine régulée et une hospitalisation publique « sur-administrée », aucune d'entre elles, à l'exception peut-être des récents CPTS, n'a pris le risque de faire le choix de la confiance dans les acteurs de terrain au prix d'une augmentation considérable des lois et de règlements, de plus en plus difficilement applicables et donc de moins en moins efficaces. La question essentielle ne doit-elle pas interroger cette tentation, à laquelle les pouvoirs publics ne savent résister, de gérer directement, de penser qu'un texte se traduit forcément en résultats au risque d'une lourdeur administrative accrue ? L'hôpital croule sous les injonctions réglementaires et législatives de plus en plus difficiles à respecter et la complexité des relations qui se nouent autour de notre santé s'accommode mal d'un pilotage centralisé et uniformisant.

Laisser de réelles marges de manœuvre aux acteurs locaux pour leur permettre d'atteindre leurs résultats serait vraisemblablement plus efficace. C'est d'ailleurs ce qui s'est en partie passé pendant la crise sanitaire que nous vivons. Les tensions dans l'offre de soin, notamment hospitalières, ont eu pour effet de multiplier les initiatives locales qui ont montré leur efficacité notamment en terme de

rapidité d'adaptation ... mais elles sont déjà l'objet d'une reprise en main par les institutions, et pas seulement les tutelles publiques. Il suffit d'observer les querelles corporatistes portées par les syndicats sur les professionnels habilités à vacciner ! Il y a une forme de complicité tacite entre les acteurs au niveau national pour ne pas déléguer. Les levées de boucliers devant la timide ouverture pour décliner régionalement les conventions médicales dans la loi santé portée par Marisol Touraine en sont une illustration. La conséquence est notre incapacité à sortir d'une gestion centralisée, illustrée par les conventions médicales qui entretiennent l'illusion d'un traitement uniforme sur le territoire, fermant les yeux sur les différences de tarifs réels ou les inégalités en matière d'offre. Les pouvoirs publics ne peuvent concevoir ce qui apparaît à leurs yeux comme un abandon de souveraineté parce que leur organisation demeure construite sur une gestion directe, les réformes en cours n'ayant pas conduit à une rupture réelle sur ce sujet. Autonomie et régulation ne sont, cependant, pas antinomiques.

## 4. Jean-Claude Moisdon : Qu'est-ce qui a changé ?

### 4.1 Qu'est ce qui a changé ?

Jean-Paul Dumond nous invite opportunément à réfléchir à la riche cohorte de réformes hospitalières, ouverte par la loi de 1991, à son modèle implicite et à ses effets recherchés : protocolisation des soins, évolution des pratiques encadrées par une constellation d'agences expertes, amélioration de l'efficacité, plus généralement de la performance, rééquilibrage des pouvoirs au détriment des professionnels de soins etc. Il suggère également que cette phase de réformes intensives atteint actuellement ses limites et qu'il convient d'anticiper une nouvelle trajectoire du système.

Moins fin connaisseur que lui des textes législatifs, m'autorisant plutôt d'une expérience de chercheur intervenant de longue durée, j'ai toujours eu cependant une connaissance au moins partielle de ces textes et de leurs ambitions transformatrices, pour la raison très simple qu'elles étaient le plus souvent à l'origine des interventions que j'entreprenais avec mes collègues de Mines-Paristech : par exemple j'avais retenu essentiellement de la loi de 1991, l'obligation du recueil d'informations sur les patients, en vue de nourrir le PMSI, coup de force incontestable (et en même temps plutôt habile vis-à-vis des médecins), évoqué par Jean-Paul Dumond, permettant la généralisation du système, son habillage économique-objet de nos travaux de l'époque- et à terme la T2A.

Cela dit, vu de cette fenêtre particulière est ce que les transformations concrètes de l'hôpital, sur cette période, ont été à la hauteur des transformations souhaitées par le législateur et résumées ci-dessus ? est-ce que le régulé, certes secoué par les incessantes innovations du régulateur, en a été profondément changé ?

M'étant éloigné du « terrain » depuis à peu près cinq ans, il est tout à fait possible que me manquent des épisodes récents et significatifs, et qu'auparavant l'adhérence au terrain m'ait privé d'un recul nécessaire mais jusqu'alors et depuis le début des années soixante-dix, j'ai toujours eu plutôt l'impression d'une robuste résistance du système aux injonctions qui lui étaient faites, non pas d'ailleurs une résistance violente mais plutôt de l'ordre de l'évitement ou de l'accommodation. Si bien que l'on pourrait lire la cascade des lois /décrets /arrêtés /circulaires en cause comme autant de tâtonnements à partir de théories changeantes à la fois de l'action publique et de l'objet auquel elle s'applique, et comme une succession

d'essais et de déceptions. A ce titre, on pourrait conclure que c'est plutôt le centre régulateur qui a, de son côté, profondément évolué, passant notamment de la figure de l'Etat planificateur des années quatre-vingt à celle de l'Etat incitatif de la fin du siècle dernier (et maintenant ?), et tentant de puiser de nouvelles recettes dans des registres variables, souvent très savants (ainsi « l'inspiration » de la T2A à partir des modélisations micro-économiques anglo-saxonnes et plus généralement le NMP), mais in fine toujours à la recherche de la pierre philosophale.

Plus précisément, j'avais en sortant du système l'impression que :

1) la tendance à la protocolisation de l'activité était claire, mais loin d'être achevée. Rappelons un fait simple, qui complique d'ailleurs sensiblement l'optique gestionnaire : il n'y a pas la Médecine, mais plusieurs médecines ; entre la chirurgie orthopédique et la gériatrie existent de telles différences que l'on ne peut se situer dans un système unique de représentation et d'action.

2) La dualité des pouvoirs avait-elle vraiment disparu pour laisser place à la domination du management ? Certes le développement de l'instrumentation gestionnaire avait fourni plus de « billes » aux directions, mais l'autonomie technique des médecins, c'est-à-dire la faculté de définir seul les actes de la production, restait intacte (même avec la protocolisation), les asymétries d'information importantes, et il me semblait que le mode de gouvernement que j'avais à un moment appelé « régulation disjointe » (chacun dans son fief *grosso modo*) restait encore dominant (ce qui ne signifie pas que les relations entre gestionnaires et médecins n'avaient pas changé ; au contraire j'avais constaté qu'elles évoluaient, mais non pas dans le sens d'une mise en accord sur les nécessités de la gestion, plutôt sur la définition conjointe des stratégies à développer vers l'extérieur, face à la tutelle tatillonne ou à la redoutable clinique privée voisine)

3) La réforme des pôles, censés faire passer par le corps médical lui-même les nouvelles prescriptions de la performance, n'avait eu qu'un succès mitigé, d'après les rares études ou recherches qui existaient sur le sujet, ce qui constitue par ailleurs une confirmation du point précédent.

4) Les agences techniques ou autres institutions pourvoyeuses d'instruments (HAS, ATIH, ANAP etc.) pouvaient faire valoir une production importante qui ne manquaient pas de susciter un certain intérêt, même chez une partie des professionnels de santé, sans que cet intérêt se traduise dans les faits ou dans la durée par un véritable usage (phénomène que j'ai particulièrement vécu pendant cinq ans, en tant que cheville ouvrière, avec trois collègues du CGS, de la MEAH (Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier), mission anticipatrice de l'ANAP, et qui pourtant développait à nos yeux une démarche pragmatique, pédagogique, axée sur des transformations organisationnelles volontairement limitées, entreprises en coopération avec des professionnels et des gestionnaires hospitaliers. Du côté des établissements, la fonction réceptrice de ces enseignements, la technostructure, restait toujours faible comparativement à la ligne opérationnelle, même si de ci de là ont émergé des ingénieurs de production ou des opérations.

4) La T2A, en tant qu'incitatif à l'appropriation par les établissements (professionnels compris) de la dimension de l'efficacité (de la gestion tout court, pourrait-on dire), avait fait long feu. Devenue rapidement, par additions de couches instrumentales successives, dues autant aux réclamations des associations savantes qu'aux priorités étatiques du moment, un monstre technocratique incompréhensible, elle a moins constitué un incitatif pour modifier l'organisation existante dans le sens d'une efficacité améliorée qu'une ouverture au développement de l'activité tous azimuts, au gré des opportunités. Ce qui, on le sait, a conduit à une régulation prix/volume, éloignant progressivement les tarifs de leur signification initiale (couverture des coûts moyens des GHM), mécanisme spiraloïde qui, certes, a d'abord fait valoir un gain de productivité apparent (signalé par Jean-Paul Dumond) mais a aussi progressivement conduit à une véritable crise sociale, éclatant au grand jour au moment de l'irruption de Covid 19. Au total, la T2A n'est plus qu'une machinerie répartissant un « budget » total (l'ONDAM ou en tout cas sa composante hospitalière) sur quelques milliers d'établissements de santé par l'intermédiaire de ce qui est appelé tarifs mais qui sont en fait des unités d'œuvre bourrées de conventions de calcul, d'approximations et d'incertitudes, comme dans toute bonne comptabilité analytique. Comme appareillage de mise sur le marché de la santé et de politique concurrentielle on a fait mieux. Reconnaisant cela dit à la T2A d'avoir introduit davantage d'équité dans le financement des structures et d'avoir également supprimé les limites productives imposées par la dotation globale. Ajoutons au passage que les analyses existantes quant aux effets de la T2A sur les autres composantes de la performance (qualité, sécurité, accessibilité, éviction des patients surcodage etc.) n'ont pas confirmé les craintes initiales, liées à « la mise sur le marché ». Somme toute, comme le disait la FHF dans son rapport sur ce mode de financement : « Le système professionnel a bien résisté ».

5) Malgré les grandes déclarations d'intention, l'hôpital est resté dans ses murs, les relations avec la médecine de ville et le médico-social n'ont guère évolué, ainsi que la coopération avec le privé, et la T2A n'a pas arrangé les choses à ce titre. Tous les ministres de la santé depuis 2005 ont préconisé sinon sa suppression au moins une réforme profonde, mais elle semble bénéficier d'un puissant effet « dépendance de sentier ».

On pourrait compléter le diagnostic. Ce dernier ne dit pas qu'il ne s'est rien passé, mais qu'il s'agit manifestement d'évolutions lentes, d'une sorte de grignotage progressif d'un modèle. Peut-être cela dit n'ai-je pas su saisir ce qui parmi les évolutions ou les signaux faibles était significatif d'une vraie rupture à venir, surtout si ces évolutions sont très récentes. Je ne saurais dire par exemple ce que la réforme des GHT, cas typique d'une rationalisation venue d'en haut, a vraiment produit. Ou encore, au niveau de la gestion interne des établissements, ce que les expériences en matière de lean management, dont je n'ai eu que quelques informations, ont réellement essaimé. On enregistre encore si les quelques exemples d'établissements dont « on parle » car ayant mis en place une gestion par pôles innovante constituent les germes d'un changement global.

Si bien que la question : Qu'est ce qui a *significativement* changé ? reste ouverte, en tout cas pour moi.

## 4.2 Comment ça peut changer ?

Si je ne vois pas tout à fait la même chose dans la situation présente que Jean-Paul Dumond (avant qu'il n'exprime lui-même quelques doutes) je suis en revanche très en accord avec lui sur l'importance qu'a prise la rationalité instrumentale dans le système hospitalier. L'adjectif instrumental est une précision nécessaire ; il signifie que le raisonnement s'appuie sur la construction d'un outillage fait de variables représentant certaines caractéristiques d'une activité productive, de classes, de mesures, et de dispositifs de calcul mettant en rapport ces éléments. ; en l'occurrence des nombres de malades, d'actes, d'admissions, des taxinomies de pathologies, des dépenses de consommables, des quantités de travail nécessaires etc. On peut classer et compter beaucoup de choses dans un hôpital, si bien que l'outillage en question peut être pléthorique, et appuyer à loisir la rationalité wébérienne (qui n'en n'a pas systématiquement besoin).

L'histoire hospitalière de cette rationalité instrumentale est plus ancienne que la loi de 1991, même s'il ne s'agit pas de la confondre avec celle des prix de journée qui, très longtemps, n'ont eu qu'un usage externe de facturation. On peut considérer que jusqu'au début des années soixante-dix, l'hôpital est resté « à l'abri ». Mais la première intervention que nous avons déployée dans le milieu hospitalier date déjà de 1972 et concernait l'élaboration d'un modèle permettant de spécifier les ressources en équipements et en personnel de la quarantaine de services d'imagerie des hôpitaux de l'AP-HP. A cette époque mon laboratoire était spécialisé en mathématiques de la décision d'entreprise et nous étions d'ailleurs surpris que l'institution hospitalière fasse appel à nous.

Rappelons également que la RCB (Rationalisation des Choix Budgétaire) date des années soixante et a été abandonné dix ans après. Un exemple ancien des « effets de mode » (ou de tâtonnements ?) de la rationalisation...

Dans la foulée la comptabilité analytique hospitalière s'est perfectionnée et normalisée, suscitée initialement par la nécessité de justification des prix de journée. Profitant du développement de l'informatique, elle a conduit à l'éclosion d'un contrôle de gestion quantitatif et imposant, permettant d'évaluer la performance économique des différentes unités composant l'hôpital, de la cuisine aux services cliniques.

Tout cela dans une ambiance qui commençait à devenir morose et qui correspondait au passage de la période de croissance très forte de l'économie et des hôpitaux à celle du souci de l'équilibre des comptes sociaux. La « performance », qui n'était guère interrogée auparavant, l'était maintenant, et d'ailleurs limitée à l'efficacité.

Avec déjà des succès mitigés.

L'apothéose a été la T2A, après la période de la dotation globale, chape de plomb jetée à défaut sur la croissance, qui ne correspondait en rien à une pause dans le développement de l'outillage, puisque le PMSI s'est développé sur cette période même, devant à terme servir de base à la budgétisation (ce qu'il a fait partiellement entre 1996 et 2004).

Tout cela pour souligner qu'au-delà des tendances (planificatrice versus incitative par exemple), on a affaire à un mouvement de long terme d'un processus de rationalisation

suscitée par l'obsession du contrôle, donc de l'évaluation et de l'objectivation, favorisée par l'essor des « data ».

A cette extension temporelle s'ajoute une extension spatiale, la rationalisation instrumentale s'attaquant à des secteurs qui semblaient pourtant pouvoir être épargnés. Le PMSI a inspiré, au moins temporairement, l'éducation nationale, ou encore la justice. Pendant que nous mettions sur pied l'Etude Nationale de Coûts, avec la mission PMSI (sans doute l'intervention la plus massive et impliquante que nous ayons jamais connue), je travaillais également chez Renault, pour accompagner le développement de la logique projet dans la conception d'une voiture. Il y avait de profondes connivences entre les deux terrains : les opérateurs visés par l'effort de gestion étaient pourvus d'une autonomie importante (les professionnels de soins d'un côté, les concepteurs de l'autre), il s'agissait de les décloisonner (les médecins centrés sur leurs patients hic et nunc et peu sensibles à l'ensemble du parcours, les ingénieurs et techniciens, enfermés dans leur bureau d'études ou leur service méthodes), l'instrumentation gestionnaire était pléthorique de part et d'autre..

Le résultat des courses est que les uns et les autres ont à mon avis conservé l'essentiel de leur autonomie, mais que l'organisation du développement a été profondément transformée chez le constructeur automobile, celle de l'hôpital peu (cf. ci-dessus).

C'est que l'outil ne doit pas être en contradiction avec les caractéristiques fonctionnelles, politiques, culturelles (la trilogie développée par Jean-Paul Dumond dans son ouvrage) de l'organisation en place. On pense souvent aux deux dernières à propos de l'hôpital (la rationalité axiologique, les motivations intrinsèques, le pouvoir médical ..) mais le fonctionnel joue également (peut être davantage en l'occurrence, les médecins n'étant pas systématiquement opposés à la T2A) : la maille de la T2A notamment est encore trop grosse par rapport à l'activité (15 000 lignes dans la classification internationale des maladies et au-delà le slogan : une ligne = un malade) et que les incitations éventuelles s'émeussent rapidement sur la singularité du système vu comme système de production.

Ce qui ne veut pas dire qu'il convient de condamner la rationalité instrumentale. Elle ne repose pas dans l'instrument lui-même, mais dans le couple instrument-usage. L'instrument peut être inapte à prescrire et par ailleurs posséder d'autres vertus (cognitives, exploratoires, argumentatives.), mais ce ne sont pas ces vertus ou ces usages qui sont mis le plus souvent en avant, en tout cas du côté de la régulation hospitalière.

Et c'est ce modèle de la prescription savante venant d'en haut, qui s'essouffle, pour reprendre la problématique de Jean-Paul Dumond, mais moins parce qu'il est allé trop loin, il me semble, mais parce qu'au contraire il n'a pas fait changer assez vite le « système ».

La crise sanitaire a certes contribué à la -relative- déconsidération du modèle, mais il ne faut pas se faire d'illusion : dans le monde d'après, il y aura encore une régulation. L'on peut cela dit espérer qu'elle pondèrera la rationalité instrumentale, qui existera toujours, par des considérations tout aussi rationnelles : par exemple, pour reprendre une proposition de Robert Boyer, ajouter à des tarifs issus de calculs type T2A un coussin amortisseur d'aléas, non seulement pour les crises, mais paradoxalement peut être aussi pour le régime permanent. L'hôpital fonctionne nécessairement avec une bonne dose d'ajustement mutuel

et de slack organisationnel. C'est ce dernier qui est systématiquement absent des mécanismes de fixation des tarifs. Sachant que par définition ce slack n'est raisonnablement pas calculable.

Au-delà un autre « rationnel » est depuis quelques années très présent -envahissant même- se présentant sous le vocable d'innovation organisationnelles. Les trophées de l'innovation qui se sont multipliés récemment, les différentes initiatives locales repérées comme exemplaires, les expérimentations du dispositif de l'article 51 etc. nous indiquent qu'il ne s'agit pas uniquement d'un effet de mode mais également d'un malaise récurrent auquel pourrait répondre l'amorce d'un double mouvement dans la logique de la régulation : tout d'abord le moyen n'est plus l'instrument mais l'organisation elle-même, en tant qu'agencement de personnes, d'objets, d'informations, de règles (un parcours avec ces étapes et ses relais), ensuite dans la plupart des cas ce sont les acteurs eux-mêmes qui conçoivent l'organisation, le régulateur définissant alors le mode de financement adapté, puis procédant à une évaluation. On a là une sorte d'inversion du mode de raisonnement : au lieu d'adresser un signal économique à une organisation existante pour essayer d'infléchir son évolution, à partir d'une représentation que l'on en a, toujours plus ou moins en décalage, on laisse l'organisation se définir d'abord et s'explicitier, construite par ceux qui vont la faire fonctionner. C'est comme si le régulateur se disait : « Décidément cette organisation qu'est l'hôpital est bien compliquée ; je n'y vois pas grand-chose et ma boîte à outils ne la fait pas aller dans le bon sens. Laissons donc ces gens s'organiser, finançons-les provisoirement et regardons ce que ça donne ».

Une rupture, pour le coup. Jusqu'où nous mènera-t-elle ? Est-ce que ce qui n'est pour le moment qu'expérimental, provisoire, petit, local conduira à un « modèle » ? Difficile à dire, mais je crois que cela vaut le coup de s'y intéresser. En tout cas, pour la recherche en gestion c'est une mine d'énigmes et de défis.

## 5. Pascal Garel : dans quelle mesure le triptyque planification-contractualisation-évaluation se retrouve-t-il dans les autres pays européens ?

Ce qui frappe habituellement l'observateur étranger du système français, c'est cette succession de lois ou d'ordonnances (un concept étranger aux autres démocraties parlementaires) limitées au secteur hospitalier : ordonnance de 1945 (centres de lutte contre le cancer), ordonnance de 1958 (CHU), loi de 1970, loi de 1991, ordonnance de 1996. Il faut attendre l'HPST pour que l'hôpital partage la vedette avec trois autres éléments, dont la santé. Il est effectivement plutôt rare de trouver ailleurs des lois limitées à cet unique acteur. En France, c'est l'inverse, la première véritable loi de politique de santé publique date seulement de 2004 (celle de 1902 est très hygiéniste).

Lois et ordonnances donnent un caractère relativement systématique à l'organisation hospitalière française, ce qui est plutôt rare et peut être illustré par plusieurs éléments.

## 5.1 Planification

En 1991, la planification est bien ancrée en France, sur les fondements de la loi de 1970. On apprend à l'ENSP de la fin des années 80 que l'objectif de cette loi avait été de planifier pour mieux réduire les inégalités territoriales, évidemment en termes d'intrants : nombre de lits, d'équipements, etc. La loi de 1991 serait en quelque sorte un aveu de son échec.

Le terme de planification n'a pas bonne presse dans la partie européenne qui jusqu'en la fin des années 1980 va vivre dans une des multiples variantes du système Semashko. Aucun des autres pays de « l'ouest » d'ailleurs n'a cette fascination française pour ce concept mythique du Plan qui semble encore vivace avec l'actuel Haut-Commissaire. Encore faut-il s'entendre par ce que l'on définit par planification. On peut s'attendre à ce que les autres pays européens planifient sans toutefois utiliser le terme lui-même. Mais planifier dans un environnement centralisé à la française cela a-t'il le même sens ailleurs, notamment dans un environnement décentralisé ?

Les différences de responsabilité entre le niveau national et les niveaux infranationaux des systèmes de santé sont souvent méconnues, parfois mal interprétées, voire déformées. Si l'on entend par décentralisation du système de santé le mécanisme qui vise à confier des responsabilités sanitaires à une ou des collectivités élues au suffrage universel, alors la très grande majorité des pays de l'Union européenne est dans ce cas. Mais ces responsabilités sont très hétérogènes, entre la Finlande qui donne aux municipalités des compétences sur l'ensemble du système de santé mais aussi le droit de lever l'impôt et le Danemark qui confie à des régions, créées à cet effet, seulement la responsabilité hospitalière, pour prendre deux exemples.

La France n'a pas fait ce choix. Elle aurait très bien pu le faire, théoriquement, à l'occasion des lois de décentralisation de 1983 par exemple. D'autres pays l'ont fait, elle aurait pu s'en inspirer. Ailleurs, des formes de décentralisation peuvent être très anciennes comme dans les pays nordiques dans lesquels une certaine culture communautaire a primé. Des unifications tardives ont certainement laissées leur empreinte, en Italie par exemple, même si la décentralisation à l'italienne est récente, suivant de peu la réforme de son système de protection sociale en 1978. En Allemagne, la République Fédérale fait le choix de la décentralisation au sortir de la seconde guerre mondiale, même si la République Démocratique ne l'a pas fait.

Plus récemment l'Espagne des années 80, le Royaume Uni de la fin des années 90, ont choisi de décentraliser mais essentiellement pour des raisons d'équilibres politiques internes et pas le moins du monde des préoccupations d'efficacité de l'organisation des soins : conséquence du retour à la démocratie en Espagne ; tractation électorale de Tony Blair au Royaume Uni, qui d'ailleurs va conserver un système centralisé pour l'Angleterre.

Et ces choix ne sont pas irréversibles. Les hôpitaux ne sont plus la propriété des comtés norvégiens, puisque qu'après avoir été « nationalisés », ils sont désormais des institutions sans but lucratif. Il s'en

est fallu de peu récemment, une élection au Danemark, la chute d'une coalition en Finlande, pour que les régions danoises ne disparaissent et que les municipalités finlandaises perdent leurs compétences et leur dimension.

La comparaison est donc un exercice difficile si l'on y ajoute également la taille du pays : planifier ses soins de santé pour 500 000 habitants ou pour 65 millions n'implique pas les mêmes enjeux.

Un autre élément à prendre en compte dans ces divers modes d'organisation est la présence d'un secteur hospitalier privé, commercial ou non, et donc la capacité de l'Etat, des collectivités ou des assurances sociales à influencer ces secteurs. Tous les pays n'ont pas la contrainte d'avoir comme la France des secteurs privés non majoritaire mais représentant des parts significatives d'activité.

Là également l'intégration du secteur privé dans une approche planifiée varie fortement, lorsqu'il est présent, ce qui n'est pas le cas partout : pleinement intégré ou simple recours

## 5.2 Contractualisation

La contractualisation aussi n'est pas présente partout. Des logiques de « command and control » perdurent.

Si elle s'est développée, c'est notamment comme outil de mise en concurrence, justement pour éviter la planification, dans les quelques pays ou régions avec une mixité public privé forte.

La contractualisation n'implique pas forcément une présence du secteur privé. Une des approches suivies a été dans quelques pays/régions de changer le statut des hôpitaux pour en faire des acteurs privés, mais restant propriété publique. C'est la base du master plan hospitalier Estonien par exemple qui a vu en outre son nombre d'hôpitaux divisés par 10. Contractualiser même sous forme de quasi-contrat nécessite un minimum d'autonomie hospitalière, sans compter un management professionnel, ce qui est loin d'être le cas partout. Les deux autres Etats baltes n'ont pas suivi cette voie.

La méthode suivie varie également, si en Estonie la contractualisation s'opère avec une assurance nationale unique, aux Pays Bas le choix a été de mettre en concurrence de multiples assurances privées, véritables contractants des prestataires de soins. L'Angleterre, mais pas les trois autres nations/pays du Royaume Uni, va tenter plusieurs méthodes successivement : *GPs fund holders*, *primary care trusts*, *strategic health authorities*, comme acteur de la contractualisation.

La contractualisation est souvent liée à l'utilisation du concept de « groupe homogène. » Mais seule l'Allemagne est allée plus loin que la T2A française, dans une logique comptable. Elle en revient d'ailleurs. Pour rendre justice à son auteur Robert Fetter le groupe homogène de diagnostic était à

l'origine un outil de management mais qui très vite a été utilisé aux Etats Unis comme outil de l'allocation des ressources financières au grand dam de son créateur. En Europe rendre plus lisible la boîte noire hospitalière sans se perdre dans la complexité de sa production de soins reste la principale utilisation de ces groupes homogènes qui ne sont d'ailleurs pas présents partout.

### 5.3 Evaluation

Si l'on entend par là objectiver et circonscrire le réel, bien entendu la démarche d'évaluation est présente partout, pas forcément toujours fondé sur la preuve ni ciblée sur les résultats.

Les indicateurs nationaux utilisés diffèrent substantiellement selon les pays, que l'on prenne comme référence les mesures de type Donabedian (structure, processus, résultats), les dimensions de la qualité considérées (sécurité, efficience, efficacité, etc.) ou les activités hospitalières étudiées (service d'urgence, cardiologie, néphrologie, etc.).

Une illustration en est l'accréditation devenu en France « certification. » Ce transfert est plus qu'une opération sémantique car l'accréditation est par essence volontaire, la législation française en a fait un élément volontaire pour une certaine période avant de la rendre obligatoire.

Ce mode logique d'évaluation externe du fonctionnement de toutes les institutions hospitalières a diversement été perçu en Europe. Les quatre pays du Royaume Uni l'ont abandonné depuis longtemps, les Suédois ne veulent pas en entendre parler, quant aux Danois après avoir essayé l'accréditation de la Joint Commission Internationale des Etats Unis (JCI), ils l'ont rapidement abandonné. A l'inverse, en Italie une même région a jusqu'à trois organismes extérieurs d'accréditation. La Slovénie demande aux hôpitaux de se faire accréditer mais leur laisse le choix de l'organisation accréditrice. D'ailleurs avoir un évaluation externe de ce type s'ancre aussi dans la logique du système. En Allemagne ce sont les acteurs du trio (la fédération des hôpitaux, celles des médecins et celles des assurances sociales) qui gèrent le système alors que l'HAS est une agence nationale. En Belgique seule la région flamande (la moitié du pays) a ses hôpitaux accrédités, soit par la JCI, soit par le NIAZ néerlandais (en coopération avec les accréditeurs canadiens). La région Bruxelles et la région Wallonne s'interrogent toujours...

## 6. Robert Boyer : La santé au cœur des débats post-Covid-19

L'irruption de la Covid-19 a révélé nombre de lacunes dans l'organisation des systèmes de santé et plus généralement dans les politiques suivies par les divers gouvernements. On peut en déduire un certain nombre d'enseignements pour l'avenir.

## 6.1 Se préparer à la récurrence des pandémies

Depuis les années 2000, divers rapports internationaux et experts<sup>1</sup> avaient averti du danger que représentait la répétition de zoonoses. Elle fut prise au sérieux dans les pays asiatiques victimes du SARS ou africains menacés par l'ÉBOLA, mais pas aux États-Unis ou en Europe pour lesquels le danger du H1N1 ne s'est finalement pas concrétisé. Voilà qui explique les trajectoires très différentes observées dans ces trois continents. Parmi le premier groupe, le gouvernement taiwanais délègue à un Institut, créé en réponse aux précédentes épidémies, le soin de contrôler les nouveaux arrivants, tester de façon précoce, tracer les contacts des individus contaminés puis les isoler de sorte que la covid-19 est rapidement sous contrôle. La Chine décide un confinement très strict à Wuhan et parvient à retrouver une vie sociale et économique à l'automne 2020. Rétrospectivement le choix est simple : tirer les leçons du Covid-19 et organiser en conséquence un système de santé cohérent de lutte contre les épidémies ou se laisser submerger par l'urgence et subir forte mortalité et perte de confiance de la population. A l'échelle internationale, il devient vital de renforcer le réseau d'observateurs et de chercheurs en charge de détecter les zones les plus propices à l'émergence de zoonoses afin que soit donnée l'alerte à tous les responsables nationaux<sup>2</sup>.

## 6.2 L'impératif d'un égal accès à la santé

L'adoption de politiques de large ouverture à la concurrence internationale, sans filets de sécurité, couverture sociale universelle et progressivité de l'impôt, avait conduit depuis les années 2000 à une exacerbation des inégalités de revenus<sup>3</sup>, de patrimoine<sup>4</sup>, d'accès à l'éducation comme en témoigne le vote en faveur du Brexit<sup>5</sup> ou encore la polarisation sociale que rend manifeste l'élection présidentielle américaine de 2020. Les comparaisons internationales montrent que la pandémie est venue surajouter un autre facteur d'inégalité : le degré de couverture du risque santé implique une plus ou moins grande mortalité qui résulte aussi d'une inégale exposition au virus en fonction du type d'emploi. En quelque sorte la covid-19 livre une radioscopie des facteurs qui affectent la probabilité de contamination : l'âge, l'état de santé, le sexe, l'habitat urbain ou rural, le statut socioéconomique et dans certains pays l'appartenance à un groupe ethnique<sup>6</sup>. Depuis plusieurs décennies déjà, l'espérance de vie avait connu des évolutions contrastées : poursuite de son élévation pour les plus favorisés, dramatique réduction pour les populations au bas de l'échelle de la société. La pandémie tout à la fois révèle et accélère cette brèche et souligne combien le prix attribué à une vie humaine diffère selon l'appartenance sociale. Dans des sociétés démocratiques, l'opinion politique va-t-elle continuer à tolérer une telle inégalité ou la pandémie ne contribue-t-elle pas à un réexamen des politiques de santé, plus inclusives et moins inégalitaires ?

<sup>1</sup> Sansonetti Philippe (2009), *Des microbes et des hommes*, Fayard, Paris.

– (2020), « Covid-19 ou la chronique d'une émergence annoncée », Conférence au Collège de France, 30 avril, <[frama.link/b\\_zYxVhZ](https://frama.link/b_zYxVhZ)>.

<sup>2</sup> Keck Frédéric (2020), *Les Sentinelles des pandémies. Chasseurs de virus et observateurs d'oiseaux aux frontières de la Chine, Zones sensibles*, Paris, juin.

<sup>3</sup> Atkinson Antony (2018), *Inequality: What Can Be Done?* Harvard University Press, Cambridge.

<sup>4</sup> Piketty Thomas (2014), *Le capital au XXI<sup>e</sup> siècle*, Le seuil, Paris.

<sup>5</sup> Goodhart David (2017), *The Road to Somewhere: The New Tribes Shaping British Politics*, Penguin, London.

<sup>6</sup> *The Economist* (2020), Race and health. Far from equal, November 21<sup>st</sup>, 53-56.

### 6.3 Les plans de lutte contre la pandémie ne doivent pas aggraver précarité et pauvreté...vers un revenu de base ?

En France la protection sociale trouve son origine dans les luttes des salariés qui revendiquent sécurité au travail, indemnisation du chômage, soutien de la famille, et bien sûr une couverture collective des accidents de santé. Progressivement la couverture sociale est étendue au monde agricole, aux artisans et indépendants, aux professions libérales et finalement aux intermittents du spectacle. Pour compenser les pertes économiques impliquées par le confinement, décidé de façon unilatérale, le gouvernement doit subventionner le temps partiel, reporter certaines cotisations sociales, octroyer un crédit aux entreprises dont l'activité s'est effondrée. Autant de mesures qui cherchent à éviter faillites en chaîne et paupérisation générale de la population. Pourtant l'année 2020 voit surgir une nouvelle pauvreté qui frappe les étudiants, les indépendants menacés de faillite du fait de la longueur du marasme économique, les salariés qui ont perdu emploi, couverture du chômage et parfois conjoint et logement ou encore les travailleurs au noir. A travers la succession des plans de soutien, puis de relance, les pouvoirs publics ont à répondre aux demandes des associations humanitaires de prise en charge de ces laissés pour compte d'une couverture sociale qui, bien qu'étendue, n'est pas universelle. Dans le court terme, prévalent des soutiens ad hoc, réputés temporaires afin de passer le cap le plus difficile de la pandémie. Pourtant à terme devrait s'imposer une réflexion sur une protection sociale effectivement universelle qui pourrait consister en un système d'impôt négatif ou un revenu de base garanti à tout citoyen.

### 6.4 Réhabiliter l'hôpital, essentiel il doit devenir résilient

Depuis deux décennies, la flambée des coûts d'hospitalisation a été perçue comme une menace pour la soutenabilité des finances publiques, impliquant une perte de compétitivité des entreprises si devait être alourdie la fiscalité. Cette dérive des coûts a été attribuée pour l'essentiel à une mauvaise gestion de l'hôpital public, comparé aux cliniques privées, stimulées par la concurrence. En conséquence chaque budget annuel a programmé une limite aux dépenses de l'assurance maladie et a été institué un paiement des hôpitaux en fonction du volume des actes médicaux. Après tout, c'étaient des entreprises comme les autres, elles devaient donc contenir leurs coûts par une taylorisation du travail médical, une contention des salaires, une gestion par les indicateurs de performance, la transformation des stocks (réduction du nombre de lits) et des flux (hospitalisation de jour du plus grand nombre possible de malades), conformément à un modèle de gestion frugale. Lorsqu'affluent les patients frappés par le virus, les capacités en terme de masques médicaux, de médicaments clés, de matériel de réanimation et même de compétences médicales s'avèrent notablement sous dimensionnées. Nolens volens, les soins doivent être rationnés. Le Ségur de la santé reconnaît la nécessité d'un relèvement des salaires des soignants et d'un programme d'investissement mais ces mesures n'ont pas le temps de porter leurs fruits comme il ressort face à la seconde vague de l'automne. Au moins trois enseignements devraient s'imposer aux décideurs. D'abord une permanente stratégie de réduction des coûts compromet la résilience de l'hôpital car face à une brutale augmentation de la demande (pandémie, canicule, catastrophe) il est prudent de disposer de surcapacités. Ensuite un minimum de planification s'impose tant sont longs les délais de formation des soignants et d'obtention des résultats de la recherche médicale. Enfin, le propre des innovations médicales est de répondre à des maladies de plus en plus difficiles à combattre, ce qui rend problématique l'espoir d'une logique industrielle de baisse des coûts car les rendements d'échelle atteignent vite leurs limites à l'hôpital.

## 6.5 Réorganiser les systèmes de santé par une coordination de tous les acteurs

Pourquoi fut-il si difficile d'approvisionner en masques personnel médical et population lors de la première vague de la pandémie ? Clairement du fait du flou dans les responsabilités respectives des diverses entités nationales, régionales et locales, médicales et administratives. Pourquoi le dé-confinement débouche-t-il sur la résurgence du virus ? Essentiellement parce que l'excellente stratégie « tester, tracer, isoler », dont la gestion de Taiwan montre l'efficacité, n'a pas pu être mise en œuvre de façon précoce. Ce fut faute d'affichage de priorités claires et de coordination de tous les acteurs susceptibles d'assurer un déploiement rapide des tests (médecins, centres de soins, infirmiers libéraux, maisons de retraite, laboratoires privés et publics). La conséquence est à nouveau que se manifestent de fortes tensions sur les capacités hospitalières. L'exemple allemand est éclairant puisque de fait l'organisation du système de santé vise explicitement à en assurer la cohérence et la fonctionnalité. N'est-il pas ironique, pire préoccupant, que la patrie de Descartes, du Colbertisme et de la planification indicative ait si mal su s'organiser en réponse à une urgence sanitaire ?

## 6.6 Elaborer un plan stratégique de lutte contre les pandémies et en confier la mise en œuvre à un Institut spécialisé, doté de moyens permanents

Les responsables et les administrateurs de la santé publique s'étaient convaincus que le péril de pandémie n'était pas très grave. D'une part un virus lointain n'avait que peu de chance de parvenir jusqu'en France : c'était oublier que la mondialisation n'était pas seulement une question de commerce et d'investissement à l'étranger mais aussi de mobilité des managers et des touristes, tant s'était démocratisé le transport aérien entre les continents. D'autre part la biologie et la médecine avaient fait de tels progrès qu'il serait aisé de mobiliser l'arsenal des connaissances et thérapies qui avaient fait défaut un siècle plus tôt lors de la terrible pandémie de 1918. C'était oublier que chaque bactérie, chaque virus est nouveau de sorte qu'il faut en découvrir pas à pas les propriétés, les moyens de le neutraliser et un éventuel vaccin, sachant que le succès n'est jamais garanti comme le montre l'absence d'un vaccin contre le SIDA. Comment surmonter cette incertitude radicale que reconnaissent les épidémiologistes<sup>7</sup> (Crémieux Anne-Claude) ? En se dotant d'un institut ou équivalent qui centralise toute l'expérience nationale en matière d'infection et d'épidémie, organise un recueil systématique des données pertinentes et devient le stratège qui, en cas de nouvelle épidémie, conseille et met en œuvre la politique gouvernementale dans toutes ses composantes. En quelque sorte capitaliser sur les enseignements de l'histoire pour ne pas être pris au dépourvu et répondre au mieux aux incertitudes propres à chaque pandémie.

## 6.7 Transformer l'Organisation Mondiale de la Santé en une puissante Institution Internationale pour lutter contre le nationalisme sanitaire.

La Covid-19 est vite devenue un péril mondial, pourtant il a précipité la généralisation de politiques de « chacun pour soi ». La plupart des gouvernements se sont livrés à une surenchère pour l'acquisition des biens médicaux essentiels, alors même que les chercheurs du monde entier collaboraient en vue de percer les mystères de ce nouveau virus. Intervenant dans un contexte de

<sup>7</sup> Crémieux Anne-Claude (2009), Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires, Lavoisier, Paris.

remise en cause du multilatéralisme par les Etats-Unis, la pandémie a souligné tant l'importance de la santé publique comme bien public mondial que la faiblesse des moyens d'action de l'Organisation Mondiale de la Santé. Rétrospectivement, il ressort que l'OMS devrait jouir à l'avenir d'un statut et de moyens équivalents à ceux dont sont dotés le Fonds Monétaire International, la Banque Mondiale ou encore l'Organisation Mondiale du Commerce. Il semble de plus en plus admis que surmonter le marasme économique et le rétrécissement de la vie sociale passe par une victoire sur la covid-19. En témoignent les négociations internationales sur la distribution des vaccins mis au point à la fin de l'année 2020.

## 6.8 Le dilemme de la rationalisation de l'activité clinique au cœur de la transformation des organisations de santé – Réponse à Robert Boyer

En réponse au texte placé en introduction du colloque épistolaire, Robert Boyer fait le pari de changements possibles, souhaitables, nécessaires portant, notamment, sur l'impôt négatif, l'hôpital comme structure résiliente et le renforcement des institutions sanitaires mondiales. Le propos de Robert Boyer ne fait pas explicitement référence à l'école de la régulation, mais dessine des ouvertures complémentaires à celles qu'il a pu esquisser par ailleurs (Boyer, 2015).

Laissant à d'autres le soin de discuter les propositions relatives à la santé publique ou à un revenu minimum, nous pouvons, en revanche, mettre en débat celles portant sur l'hôpital. Robert Boyer souligne que la crainte d'une imposition désavantageuse pour les entreprises a conduit à limiter la hausse des dépenses de santé et à transformer l'hôpital en une pseudo-entreprise. Dans ces conditions, les ressources ont été rationalisées et rationnées au plus strict au point que la crise pandémique n'a cessé de risquer de déborder les capacités de traitement de l'hôpital. La crise pourrait être salutaire si elle amène à redonner une certaine légitimité au slack organisationnel (une certaine marge) dans les organisations de santé, à mieux planifier les ressources et à mettre en doute les politiques de rendement d'échelle. Tous ces points peuvent être mis en discussion.

L'organisation de l'activité clinique dans les hôpitaux a, en effet, été l'objet au cours des trente dernières années d'une intense politique de rationalisation. A la tradition, à la confiance entre patients et professionnels et au pouvoir arbitraire des chefs de service régissant cette organisation au cœur des services hospitaliers ont été substitués la force du droit, des méthodes d'organisation, des mesures censées objectiver la réalité organisationnelle et des relations supposées contractuelles (en fait, hiérarchiques et définies par des objectifs et des moyens alloués). La rationalisation s'est donc étendue à l'activité clinique après avoir conquis le raisonnement médical, la protection des individus contre le risque de la maladie et l'administration hospitalière.

Cette rationalisation a été rendue possible par la conjonction de trois transformations se situant dans les différents registres de l'organisation hospitalière, c'est-à-dire celui de son fonctionnement visant à assurer des services à la population, celui des conceptions, des valeurs et des pratiques et, enfin, celui des rapports de domination, notamment, entre professions. Elle a été envisageable parce que fonctionnellement l'activité clinique est devenue « protocolisable », ce qu'elle n'était pas il y a cent ans ou, encore, en 1950. Relisons *La Montagne magique*. On y voit les frémissements de cette « protocolisation », mais elle reste marginale. L'ingénieur, Hans Castorp, plongé dans un sanatorium, pourtant mono-activité, se trouve confronté à un autre temps que celui des processus bien ordonnés et maîtrisés. Il y rencontre le temps du soin de cette époque-là, imprévisible, nourri de drames et d'issues heureuses. La rationalisation a également été soutenue par la foi en la mesure objectivante et, enfin, la technologie a donné un pouvoir certain à ceux qui la financent. Pour toutes ces raisons,

largement endogènes et concomitantes à la crainte des décideurs publics d'une augmentation trop importante des dépenses de santé, l'hôpital est devenu une manufacture « sérielle » faite de care-lines où les recettes du taylorisme (l'analyse des temps et des modes opératoires) et celles du fordisme (la production de masse) ont pu être partiellement appliquées.

Le résultat en a été une augmentation probable de la productivité apparente du travail et des principaux facteurs de production, du moins si l'on en juge par les études limitées en la matière (Bonastre et al., 2013; Bras, 2019; Studer, 2012). En effet, les effectifs médicaux et soignants augmentent de manière assez continue depuis une trentaine d'années. La production d'actes (mesurée, notamment, en points ISA – Indice Synthétique d'Activité) augmente également, mais plus rapidement. La productivité du travail s'élève, en conséquence, en raison notamment, on peut supposer, de la réduction de la durée des séjours et de l'intensification du travail médical et soignant.

La rationalisation de l'activité clinique pourrait sans nul doute être poursuivie. La gestion de l'information entre les différents professionnels (incluant ceux dits de ville) reste inexistante ou sommaire ou, encore, chaotique, alors que l'information est la matière première du secteur de la santé. La coordination des acteurs a été renforcée sous l'aiguillon de la T2A, mais la fluidité des processus supposant la synchronisation des ressources et leur optimisation reste encore loin d'être assurée. Les incidents, comme l'innovation, ne font que partiellement l'objet d'analyses systématiques et méthodiques. De ce fait, il n'est pas surprenant qu'un observateur-intervenant comme Jean-Claude Moisdon considère avec une belle constance que la T2A ne produirait d'effets organisationnels qu'avec des analyses complémentaires qui font défaut (Moisdon, 2010), que l'orientation libérale de l'outil n'a pas aidé à la réorganisation interne (Moisdon, 2013) et, in fine, que *« la T2a, [...], ne favorise pas en elle-même l'efficience, au sens d'un ajustement interne des ressources et des processus de travail qui serait induit par le signal économique. Les gains en productivité constatés apparaissent comme des réponses directes à la contrainte globale imposée par l'ONDAM. »* (p. 61)(Moisdon, 2017). La rationalisation est restée au milieu du gué.

Si, tel est le cas, supposons-nous, c'est que la rationalisation de l'activité clinique a rencontré des obstacles sérieux. En premier lieu, de nombreuses opérations organisationnelles ont été conduites selon des principes sommaires, voire erronés. Depuis 30 ans, le principe organisationnel adopté dans le secteur hospitalier est de fusionner pour faire des économies d'échelle et permettre la polyvalence. Ainsi a-t-on réuni des services, puis des établissements, créé les pôles et obligé tous les établissements publics à fusionner ou à adopter une direction commune ou à devenir un établissement partie d'un GHT. Or, les économies d'échelle et une polyvalence heureuse (cela peut exister, si elle ouvre sur une diversité des activités) sont loin d'être au rendez-vous. Les besoins de proximité exigent, néanmoins, des antennes sur les sites ; la coopération requiert des normes communes qui limitent les possibilités de remplacement ; avec deux niveaux hiérarchiques supplémentaires (les pôles et les GHT), les circuits de décision se sont alourdis.

En outre, le travail du soin suppose une rencontre que la rationalisation telle qu'elle a été menée tend à nier (Pierron, 2018). Une rencontre demande des temps élastiques, une disponibilité à l'inconnu et une ouverture que tend à supprimer la protocolisation serrée de l'activité clinique (Masquelet, 2011). Il est difficile d'être à la fois dans la préoccupation de cocher les cases de la procédure (sinon, il y a sanction possible) et attentif à ce qui peut émerger d'inattendu dans les comportements ou les propos d'un patient.

Enfin, l'autonomie a ses vertus. Elle permet un engagement et la créativité dans le travail. Elle est source de satisfactions. L'autonomie a aussi ses travers, mais en voulant les limiter la rationalisation des trente dernières années a conduit à étouffer la part de vitalité dont elle est porteuse avec pour

conséquence, le retrait du travail de nombreux personnels médicaux et soignants. Les formes de ce retrait sont multiples : fatalisme, désengagement, démissions. En dépit de ses atouts, la rationalisation n'a pu être menée à son terme dans le champ de la santé en raison des dégâts dont elle est tout autant porteuse.

Les réformes des trente dernières années et les politiques engagées des organisations de santé ont donc été déployées dans le cadre d'une contradiction majeure entre la rationalisation de l'activité clinique (supposant la construction d'objets et de typologies d'objets - comme le PMSI -, leur catégorisation et la formulation d'actions ciblées selon les types établis) et le processus de construction de la santé, entendue comme une expression personnelle et créative donnée à ce qu'il y a ou ce qu'il reste de vie en chacun (Canguilhem, 1974). Or, le mouvement de création déborde sans cesse les typologies et les catégories établies, les fins et les desseins supposés (Bergson, 1907).

N'est-ce pas à l'intérieur de cette contradiction et de son dépassement éventuel qu'il serait possible de concevoir une reformulation de la politique hospitalière et le modèle d'accumulation anthropocentré (Boyer, 2020) ? Celui-ci pourrait, en effet, être envisagé dans sa dimension organisationnelle comme la conciliation, concrètement à inventer, d'un ordonnancement rationnel des soins et du soin comme une transformation, réparatrice parfois, signifiante toujours.

## 7. Philippe Mossé : De l'économie du système de soins à l'économie politique du système de santé

### 7.1 Rationaliser sans rationner

Post crises pétrolières, les lois Evin consacrent, organisent, canalisent et lancent sur les fonds baptismaux, la volonté d'insuffler au cœur du système de soins une dynamique qui va succéder à celle des trente glorieuses. Il s'agit de rationaliser sans rationner. Pour ce faire, c'est une combinaison de Contrats et de Plans qui est prônée. Martine Bellanger et moi avons dénommé « quête du Graal » la recherche de cette chimère : une tête en forme de Contrat (autonomie, horizontalité) un corps en forme de Plan (directivité, verticalité) : Le Contrat sera obligatoire et, sous le nom de « schéma », le Plan sera négocié (concernant l'hôpital, cf. la contribution « réponse à R. Boyer »).

Mais si, suivant la distinction classique, on constate que la « logique » d'une institution englobe et enserre sa « rationalité » et ses instruments, alors il faut pousser un peu plus loin l'analyse. Antérieurement aux Loi Evin et aux ordonnances Juppé, la logique dominante du système de santé français était d'abord médicale dans sa modalité paternaliste ; d'où la primauté donnée à l'efficacité curative au détriment de la prévention et au colloque singulier au détriment de la santé publique. Cette logique était d'autant plus prégnante que les racines bismarckiennes d'un paritarisme dit « à la française » (c'est-à-dire au pouvoir régulateur proche du néant) avaient laissé la bride sur le cou des prescripteurs. Encastrée dans cette logique, la rationalité s'appuyait sur le serment d'Hippocrate et le code de déontologie médicale (dont, rappel, la majorité des articles concerne les rapports entre professionnels et non entre le médecin et ses patients).

A partir des années 1990, chercher à « rationaliser sans rationner » revient à donner la primauté à la recherche de l'efficacité. Or, celle-ci nécessite la définition de compromis quant aux nombreux critères (de coûts et de bénéfices) possibles et sur la base desquels il faudra sinon trier (cf. la vulgate du modèle de l'Oregon) du moins hiérarchiser les prises en charge et

les remboursements. L'exemple de la qualité des soins est de ce point de vue éclairant puisque, par exemple, selon que l'on privilégie la qualité donnée ou la qualité reçue, le care ou le cure, etc... les prises en charge seront radicalement différentes (cf. la fameuse devise du Nice britannique : « *qaly is not a rule, it is a tool* »).

## 7.2 Le leurre de la « marchandisation »

Que l'on ne se méprenne pas : cette évolution ne doit rien à l'idéologie libérale (ni même au NPM version Thatcher-Reagan) et tout à l'industrialisation de la santé. Contrairement à ce qu'on prétend parfois, la logique de la nouvelle rationalité, n'est pas la privatisation du système de soins dont la réduction des moyens publics ferait le lit. Il n'y a ni réduction des moyens ni privatisation. Ainsi par exemple, on voit mal comment, par exemple, l'hôpital serait « la bête noire des pouvoirs publics » voire le « casse du siècle », alors que ses ressources augmentent régulièrement et parfois spectaculairement depuis les années 1980. De même, le poids de l'Assurance Maladie est remarquablement stable. C'est que l'enjeu des réformes est moins idéologique que politique et moins comptable qu'économique, c'est dire s'il est profond. Il est de préparer, donc légitimer, l'avènement d'un Monde combinant logique « industrielle » (standardisation) et « civique » (normalisation) <sup>8</sup>.

Au même moment, ce mouvement est favorisé (cause et conséquence à la fois) par l'abandon progressif des fondations bismarckiennes. En effet, le chômage structurel ne permet plus d'attendre des cotisations salariales l'essentiel des ressources ; de plus la faiblesse et la division des partenaires sociaux ne permettent pas de leur laisser, ne serait-ce que formellement, la responsabilité d'une gouvernance qui se complexifie. C'est pourquoi le modèle bismarckien après avoir connu un envol difficile (années 1960), s'est essoufflé (années 1980), puis estompé (années 2000) et, enfin, effacé (années 2010) avec, en 2016, la disparition du statut « d'ayant droit » majeur.

Lui succède un modèle néo-béveridgien. Outre les aspects de financement et de contrôle, ce modèle est caractérisé par le fait que l'historique « concurrence monopolistique » organisée par les professionnels (hyper spécialisation, exercice libéral et paiement à l'acte) et relayée par le fonctionnement généralisé « en silos » <sup>9</sup> (notamment entre le médico et le social) est progressivement grignotée. Désormais, les régulateurs et les médecins expriment de manière croissante leur appétence pour l'exercice salarié et la coopération pluri professionnelles. Il n'est pas jusqu'à la liberté d'installation qui ne soit (timidement, il est vrai) mise en cause.

Dans ce nouveau Monde industriel-civique, l'image repoussoir est la « variabilité des pratiques », laquelle dans le Monde paternaliste (sinon Domestique) antérieur était le signe de la liberté des professionnels (et des patients). L'ère qui s'ouvre au tournant des années 1990 est donc celle de la « commodification » En ville, elle prendra la forme de la préconisation de

<sup>8</sup> La notion de « standardisation » recouvre le processus de définition de « protocoles » (cf. La réponse à R. Boyer) ou de « programmes » destinés à être mis en œuvre sous forme de quasi routines. La notion de « normalisation », représente moins une mise en conformité, que la dynamique consistant à rapprocher les pratiques réelles de la *moyenne* des pratiques observées.

<sup>9</sup>

Cf.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-synthese-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>

« guide de bonnes pratiques » ; à l'hôpital elles prendront le nom de « restructurations » ou, mieux, de « recompositions ».

En ambulatoire, comme à l'hôpital, il s'agit donc d'accompagner le changement non de paradigme mais de logique, en associant à ce tournant les protagonistes (médecins et singulièrement, les hospitaliers). Bien sûr des tentatives antérieures visant à associer les médecins à l'élaboration des normes (cf. l'expérience des RMO) ou à la gestion des hôpitaux (cf. réforme des années 1960) ont été nombreuses mais avaient fait long feu, se heurtant aux réflexes corporatistes si bien décrits par Henri Hatzfeld <sup>10</sup>.

Pour ancrer ce processus, les professionnels de santé seront peu à peu intégrés et leurs concours sollicités au sein d'Agences pluridisciplinaires aux domaines de validités et d'interventions de plus en plus étendus avec les années (ANDEM => HAS ; MEAH/MAINH/GMSIH => ANAP ; ARH =>ARS <sup>11</sup>). Le but n'est pas de circonscrire le pouvoir médical mais d'associer les médecins (et les gestionnaires) à la définition de règles professionnellement acceptables et respectant l'impératif de rationalisation. Par ruissellement, depuis Saint Denis et les CHU, les pratiques se trouveraient ainsi orientées ; mais dans le même temps, bureaucratisées (reddition de comptes, évaluation tous azimuts, démarche qualité descendantes, etc.)

C'est pour pallier ce défaut qu'après un timide essai dans les années 1980, le concept d'expérimentation a été de nouveau mis au-devant de la scène et, ici ou là, en pratique (transferts-délégations de tâches, Article 51, etc.).

### 7.3 Et maintenant ?

Avec le poids croissant des maladies chroniques et la recherche de l'efficience, une plus grande coopération interprofessionnelle et, en conséquence, une plus grande reconnaissance des fonctions paramédicales deviennent indispensables. De ce point de vue, la pandémie de Covid-19 et les façons de la maîtriser ont montré la nécessité quasi vitale d'avancer dans cette direction de façon encore plus délibérée et volontariste.

Mais cela ne suffira pas pour aborder les nombreux problèmes et défis, notamment ceux rappelés par R.Boyer dans sa contribution. En effet, la direction aujourd'hui dominante participe largement de la fuite en avant. Les premiers bénéficiaires de ce toujours plus (de médicaments, de consultations, de technologie, etc.) sont d'abord les producteurs (médecins, industrie pharmaceutique, etc.). Mais les consommateurs-patients acceptent d'autant plus

---

<sup>10</sup> La manière dont, en janvier 1964, le Dr Sarano présente dans la Revue Esprit, « Le grand tournant de la médecine libérale » est, de ce point de vue, éclairante (<https://esprit.presse.fr/article/sarano-jacques/henri-hatzfeld-le-grand-tournant-de-la-medecine-liberale-16596>).

<sup>11</sup> Innovation à mettre au crédit de l'année 1991, trois DRISS (Midi-Pyrénées, haute Normandie et Auvergne) ont été créées à titre expérimental et préfigureront les ARH (créées en 1996) et les ARS (créées en 2010, suite au rapport Soubie).

facilement cette situation et ses inconvénients qu'ils bénéficient de ses avantages sans en subir directement les coûts <sup>12</sup>.

Légitimée par des succès réels, et parfois spectaculaires, si une véritable « industrie des soins » se déploie c'est toujours au détriment d'une véritable politique de santé publique <sup>13</sup>.

Pourtant, tout un courant de pensée (depuis, notamment les travaux de L. Farigoule ou d'I. Illich) s'attache à mettre en évidence les dérives ou les vices de ce modèle dominant considéré comme favorisant une « médecine hors sol » (Thébaud-Mony). Utile lorsqu'il s'agit de dénoncer l'excès des tentations commerciales, industrielles, capitalistes ou technicistes, cette stratégie, dont les tenants revendiquent une forme de radicalité, s'oppose frontalement au pouvoir médical.

Sans négliger son apport de ces critiques, il s'agit, de défendre une position plus constructive et, surtout, plus adaptée aux besoins et contraintes des sociétés actuelles. C'est dans cette perspective que s'inscrivent le débat autour de la société du « care » ou l'émergence d'une « nouvelle santé publique ». A leur suite, il paraît à la fois opportun et pertinent de prôner l'avènement d'une autre conception de l'intervention en santé.

Le tableau suivant résume les traits principaux de cette conception, qualifiée ici de « promotion de la santé ». Elle est mise en regard de la conception dominante qualifiée de « biomédicale ».

<b>Modèle</b>	<b>Bio-médical</b>	<b>Promotion de la santé</b>
Idéologie /Valeur	Responsabilité individuelle	Responsabilité collective
Protagonistes	Professionnel de santé	Citoyens
Connaissances légitimes	Sciences médicales	Sciences de la santé / sciences sociales
Variable d'action	Comportement individuel	Cond.de vie, environnement, etc
Espace/temps de l'intervention	Temps court de la relation Med/Malade	Temps long de la prévention primaire / éducation

<sup>12</sup> Cf. l'augmentation du nombre des bénéficiaires du régime ALD, dont les soins médicaux sont pris en charge à 100%.L'incidence (le nombre de nouveaux cas) qui était de 600.000 en 1990 est de 1.300.000 en 2020. La prévalence (le nombre de bénéficiaires) est de 11,4 millions en 2020, soit 19% des assurés.

<sup>13</sup> Qu'il s'agisse de soins programmés (dans le privé) ou non (dans le public), peu d'incitations poussent les professionnels ou les structures à s'intéresser à la prévention (y compris « tertiaire »). E.g., Il a fallu la Pandémie pour que l'auto-mesure de la tension par un appareil (tensiomètre-oxymètre) soit remboursée et encore, pour les seuls malades de la Covid-19 (jusqu'à la Sécurité Sociale refusait de rembourser les appareils connectés ; en même temps, le frein était moins le prix (environ 50 euros) que l'absence d'une culture de la responsabilité.

Comme on le voit à la lecture de ce tableau, s'il n'y a pas d'opposition logique entre les deux modèles, leur compatibilité ne va pas de soi. Le premier est « naturellement » soutenu par les intérêts à court et long terme des professionnels ; le second va globalement à l'encontre des intérêts privés et demande un engagement de la part d'acteurs que le modèle dominant a réduit à des patients passifs. Ainsi, en matière d'action publique, il est nécessaire de sortir du « carré de sable » de la gestion du système de soins pour entrer dans la sphère de l'économie politique de la santé.

Cette dernière reste à concrétiser, mais dès 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé, offensive et déterminée, donnait la marche à suivre :

« Toute tentative sérieuse de réduire les inégalités en santé suppose de répartir autrement le pouvoir au sein de la société et entre les différentes régions du monde ... et, ce faisant, de remettre en question et de modifier la répartition injuste et très hiérarchisée des ressources sociales (conditions nécessaires pour une bonne santé)... » (OMS, Comblant le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé, 2008, p.24).

## 8. Andreu Solé

### Bibliographie

- Batifoulier, Philippe. 2015. "Aux Origines de La Privatisation Du Financement Du Soin : Quand La Théorie de l'aléa Moral Rencontre Le Capitalisme Sanitaire." *Revue de la régulation* 17.
- Boyer, Robert. 2015a. *Economie Politique Des Capitalismes*. Paris: Editions La Découverte.
- . 2015b. "L'essor Du Secteur de La Santé Annonce-t-Il Un Modèle de Développement Anthropogénétique ?" *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*: 1–22.
- Chevallier, Jacques, and Luc Rouban. 2003. "Introduction." *Revue française d'administration publique* 105/106(La réforme de l'Etat et la nouvelle gestion publique): 11–24.
- Garel, Pascal, Claire Bouinot, and Sébastien Villeret. 2008. "Les Capacités Hospitalières. Rationalisation Dans Les Pays Membres de l'Union Européenne." *Gestions hospitalières* 480: 617–22.
- Lega, Federico, and Carlo Pietro. 2005. "Converging Patterns in Hospital Organization: Beyond the Professional Bureaucracy." *Health Policy* 74: 261–81.
- Le Menn, Jacky, and Alain Milon. 2012. *Rapport d'information Sur Le Financement Des Établissements de Santé*. Paris: Sénat.
- Peter, Jean-Pierre. 2001. "De l'hôpital Comme Utopie En Soi." In *Demain Sera Meilleur : Hôpital et Utopies*, Paris: Musée de l'assurance publique - Hôpitaux de Paris, 53–68.
- Véran, Olivier. 2017. *L'évolution Des Modes de Financement Des Établissements de Santé*. Paris.
- Weber, Max. 1919. *Le Savant et Le Politique*. Paris: Plon.