

## *Hospital Inc.*

# Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise

**L**a réforme de l'hôpital n'est jamais qu'une illustration parmi d'autres des transformations plus fondamentales du politique. Des élites, délaissant de plus en plus les valeurs du public au profit (dans tous les sens du terme) du privé, avides d'indicateurs de gestion prétendument objectifs, sûres de la supériorité de leurs recettes et jargon passe-partout, coupées de la réalité de l'expérience vécue des citoyens ordinaires, profondément méfiantes à l'égard de toute forme de contre-pouvoirs (professionnels, syndicaux), sont confrontées à la défiance et à l'incompréhension croissantes de celles et ceux qui, dans leur activité quotidienne, doivent mettre en œuvre des injonctions de plus en plus nombreuses et paradoxales.

Des contempteurs de l'étatisation de l'hôpital ou des pourfendeurs de l'hôpital-entreprise, qui a raison ? Les deux mon capitaine ! Car l'opposition traditionnelle entre l'État et le marché fait obstacle à la bonne intelligence de l'originalité de la « nouvelle gestion publique », vague partie de l'Amérique reaganienne et de l'Angleterre thatcherienne au début des années 1980 et qui a touché les côtes françaises au milieu des années 1990. Qu'est-ce que la « nouvelle gestion publique » ? Un oxymore. C'est le marché (ou, plus exactement, la concurrence/compétition) au service de l'État, plus précisément du gouvernement.

### DES DÉBATS PASSABLEMENT EMBROUILLÉS

D'un côté, certains dénoncent l'« étatisation des hôpitaux », arguant que le texte renforce considérablement les attributions des exécutifs que sont les directeurs d'hôpitaux et les directeurs des futures agences régionales de santé (ARS) tandis qu'il affaiblit, symétriquement, la position des intérêts politiques (élus locaux), professionnels (médecins) et sociaux (syndicats de salariés) qui défendent la pérennité, sinon le développement, des établissements hospitaliers. Incontestablement, le système de santé finit de se « verticaliser » afin d'accélérer la restructuration du secteur hospitalier et de ramener les comptes sociaux à l'équilibre. La démocratie sociale, déjà moribonde, a rendu l'âme tandis que l'ancrage communal, pluri-séculaire, de l'hôpital semble voué à être exposé au musée de l'histoire hospitalière. Son « patron », le directeur d'hôpital, doit cesser d'être le porte-parole des intérêts de sa structure, l'allié des élus locaux et des praticiens, pour devenir le bras armé de son supérieur direct, le directeur de l'ARS, dont il doit faire passer, en interne, les injonctions rationalisatrices.

Gouvernement, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé, directeur d'ARS et, enfin, directeur d'hôpital : la ligne hiérarchique est claire et affichée. Finies l'ambition de la décentralisation ou celle de la planification « démocratique » et négociée au niveau régional de la loi de 1991. Désormais, on fait dans le *top-down*, pas dans le *bottom up*, comme disent les spécialistes de l'action publique. Aussi, le terme d'étatisation apparaît trop imprécis, sinon flatteur. Il faut lui préférer celui de technocratisation qui désigne le transfert des prérogatives partagées par des intérêts différents (politiques, médicaux, syndicaux) à une petite élite de hauts fonctionnaires, nommés *intuitu personae* et révocables *ad nutum* par les plus hautes autorités politiques. Quant aux éventuels contre-pouvoirs, conseils exécutifs des ARS ou conférences régionales de santé, la manière cursive dont ils sont traités dans le projet de loi laisse augurer de leur destin de « caution démocratique » de décisions foncièrement technocratiques.

Cependant, de l'autre côté, certains critiquent vertement l'idéologie du « tout marché » qui contraindrait les services publics, et en particulier l'hôpital, à revêtir les habits censément modernes de l'entreprise, au mépris de la spécificité de leurs missions et de leur fonctionnement. De fait, dans tous les pays développés, les gouvernements somment leurs établissements hospitaliers d'adopter les principes de la gouvernance d'entreprise : les « entreprises hospitalières » doivent devenir autonomes et être dirigées par des « patrons » dotés de réels moyens d'action, ce qui suppose d'en finir avec les « rigidités » de la bureaucratie traditionnelle, en particulier en matière de gestion des ressources humaines.

L'heure est à la « débureaucratiation » de l'hôpital, à son entrée en gestion, à l'introduction massive des techniques de gestion issues du secteur privé. Plusieurs éléments des

réformes en cours accèdent à la thèse de l' « hôpital-entreprise ».

## LA T2A, EN DROITE LIGNE DU MODÈLE (?) AMÉRICAIN

D'outil de gestion utilisé de manière prudente et négocié par la tutelle pour corriger les inégalités de dotation entre établissements, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est mué, au début des années 2000, en tarification à l'activité (T2A) et a ainsi renoué avec ses origines américaines. Rappelons, en effet, que la T2A est d'une modernité âgée d'environ trente ans, puisqu'elle est la déclinaison française des Diagnosis Related Groups (DRG) américains, inventés au milieu des années 1970 par une équipe de chercheurs en gestion de l'Université de Yale emmenée par Robert Fetter. Ces gestionnaires sont convaincus, dès la fin des années 1960, qu'il y a beaucoup à attendre de l'application à la médecine des techniques de gestion du secteur industriel. L'industrialisation des soins, voilà, selon eux, le défi des années à venir.

### • Mais si l'hôpital est une usine, que produit-il ?

La production hospitalière n'est pas aussi facile à cerner que celle de General Motors : l'enjeu est donc de définir, arbitrairement, un « produit » hospitalier qui soit mesurable et comparable dans l'optique d'améliorer la productivité. Robert Fetter pose alors l'hypothèse (hautement discutable et discutée) que les établissements hospitaliers produisent des « groupes homogènes de malades » dont il cherche à calculer les coûts moyens sur un échantillon d'hôpitaux. Instruments de mesure et de comparaison des coûts et de la productivité des structures hospitalières, les DRG vont être récupérés, à la fin des années 1970, afin d'organiser la mise en concurrence « fictive » des hôpitaux : le coût moyen joue alors un rôle équivalent à celui d'un prix de marché.

### • La concurrence public/privé au service de l'État

Les DRG modifient radicalement la nature des incitations auxquelles font face les professionnels et structures de santé. Si, dans le cadre du paiement au prix de journée, les patients étaient des sources de revenus pour les hôpitaux, ils deviennent des « centres de coûts » qu'il faut minimiser et/ou transférer à d'autres (sélection des patients en fonction de leur rentabilité telle qu'elle est mesurée par les DRG).

Le processus de concentration du secteur hospitalier est dopé par les DRG au profit des acteurs privés à but lucratif. Car la compétition est inégale : les chaînes de cliniques privées, se spécialisant sur les DRG les plus rentables, peuvent sélectionner leur « clientèle » et

bénéficier d'une totale liberté dans la gestion de la main d'œuvre ; les hôpitaux publics et privés à but non lucratif sont, eux, astreints à des obligations d'intérêt général, notamment les soins aux plus pauvres et aux malades rejetés du secteur privé ainsi que – pour les CHU – l'enseignement et la recherche, fonctions qui ne sont pas prises en compte dans le calcul des coûts par DRG.

Avec la T2A, sur le « modèle » américain et avec les mêmes effets, les pouvoirs publics français s'emploient donc à mettre en concurrence les établissements publics et privés. La réforme HPST ajoute plusieurs pierres supplémentaires à l'édifice de la « corporatization ». Elle bannit purement et simplement la notion d'hôpital public pour lui préférer celle, indifférenciée, d' « établissement de santé ». De façon connexe, elle désagrège l'activité hospitalière en treize missions de service public que le directeur de l'ARS pourra confier, toujours indifféremment, à des structures publiques ou privées ainsi « contractualisées » en fonction de l'offre locale de soins et des performances économiques relatives des unes et des autres. Et, comme il s'agit de ne pas pénaliser les hôpitaux dans la course à la rentabilité, il convient de leur donner une véritable « autonomie » de gestion et un vrai patron-chef d'entreprise qui aura les mains libres pour procéder aux réorganisations internes, recruter et rémunérer en fonction de la stratégie d'entreprise arrêtée, de façon plus ou moins négociée, en conseil exécutif. Et ce patron, bien entendu, pourra être recruté aussi bien dans le creuset de l'École nationale de la santé publique que dans celui de l'entreprise.

## UNE RÉFORME AU SERVICE DES INTÉRÊTS POLITIQUES

La mise en concurrence, dûment instrumentée (par exemple, par la T2A), doit permettre à l'élite gouvernementale de remettre la main sur des bureaucraties publiques dont le gigantisme et les intérêts multiples ont poussé à un développement hors de tout contrôle. Autrement dit, les réformes sont politiques, bien que cette visée politique soit occultée par le recours à la novlangue gestionnaire de la gouvernance, dépolitisée et prétendument technique. Aussi, il ne faut pas s'étonner d'assister à la politisation des postes administratifs clés du secteur hospitalier : directeurs d'hôpital et d'ARS sont désormais choisis pour leur loyauté aux objectifs gouvernementaux et leur engagement à mettre en œuvre, quelles que soient les oppositions et les résistances, le programme de restructuration du parc hospitalier.

Surtout, le recours aux technologies concurrentielles, comme la T2A, doit permettre de désarmer les résistances des acteurs hospitaliers de terrain. C'est une banalité de dire que

« Directeurs d'hôpital et d'ARS sont désormais choisis pour leur loyauté aux objectifs gouvernementaux. »

l'orthodoxie économique et budgétaire pose a priori comme nécessaire et souhaitable la maîtrise des dépenses publiques de santé au nom de la maîtrise plus large des déficits publics. On concèdera aisément que cet objectif n'est ni le plus rentable sur le plan électoral, ni le plus sûr garant du maintien de la paix sociale : toute initiative politique trop brusque et explicite sur le terrain de la maîtrise des dépenses de santé se paie cash dans les urnes ou dans la rue. Les gouvernants ont appris à leurs dépens, depuis le début des années 1980, les limites de la rhétorique politique volontariste : que l'on songe un instant aux effets politiques du « plan Séguin » de 1987 ou du « plan Juppé » de 1995 ou, dans un registre plus local, aux manifestations qui accompagnent les projets de fermeture ou de reconversion de services d'urgence ou de maternité. Tout l'enjeu est donc, pour eux, d'éviter « les blâmes politiques » et la politisation de mesures qui auront, d'une façon ou d'une autre, pour conséquences de restreindre l'accès aux soins et/ou de dégrader les revenus et les conditions de travail des professionnels de santé. La visée présentée comme exclusivement instrumentale (atteindre l'« efficacité » et favoriser la « transparence ») ainsi que la technicité du dispositif – dont les conventions et les modalités de calcul, forcément arbitraires, sont encapsulées dans une « boîte noire » qui ne laisse que peu de prises aux critiques des acteurs de terrain – neutralisent, au moins partiellement, les conflits que génère inmanquablement l'allocation de ressources budgétaires en faible progression.

**Le tour de force d'une innovation comme la T2A est d'avoir réussi à imposer sa logique (mesurer la « productivité » hospitalière en couplant informations cliniques et économiques) et son objectif (la comparaison chiffrée des établissements) aux acteurs hospitaliers et à cantonner les critiques de ces derniers aux modalités d'usage et le au paramétrage de l'outil.**

## DE L'ESPRIT DE NÉGOCIATION AU PILOTAGE AUTOMATIQUE

Les avantages pour le ministère de la Santé sont nombreux. L'un des principaux est de permettre le « gouvernement à distance », aurait dit Michel Foucault, des établissements. La détermination du budget d'un hôpital semble apolitique, puisque réalisée par un instrument censé mesurer « objectivement » l'activité d'un établissement et les ressources dont il a besoin. En quelque sorte, ce qui relevait de la négociation politique entre directions hospitalières et pouvoirs publics est désormais délégué à un « pilote automatique » dont les paramètres (le tarif affecté à chaque groupe homogène de séjour) sont manipulés par le ministère des Finances en fonction des objectifs macro-économiques. Il suffit

alors de resserrer progressivement les paramètres de calcul pour étrangler budgétairement les établissements et les forcer à introduire les innovations organisationnelles (partenariats public-privé, pôles, etc.) du modèle du *corporate hospital*. C'est la fameuse « politique des caisses vides ».

## LA MAGIE NOIRE DE LA T2A : OU COMMENT RENDRE INVISIBLES LES CHOIX TRAGIQUES

Mais il y a plus (subtil). On le sait, l'un des principaux défis à venir des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie sera de tracer le périmètre des soins financés solidairement, les besoins étant illimités et les ressources publiques, elles, finies. C'est ce que des chercheurs américains ont baptisé les « choix tragiques », lesquels surviennent lorsque la rareté, qu'elle soit le fait de la nature ou de choix politiques/sociaux, provoque le rationnement de certains biens et services, causant souffrances et décès. Ces choix tragiques, on s'en doute, sont porteurs de désordres politiques et sociaux dès lors qu'ils entrent dans le débat public : « il en résulterait un problème moral ingérable, un cauchemar de justice dans lequel l'attribution d'un droit aurait pour corollaire inévitable un dommage infligé à autrui, dans lequel un destin serait confronté à un autre destin, dans une séquence de violence nécessaire mais intolérable ». L'enjeu est alors d'euphémiser/neutraliser cette violence potentielle en convertissant une décision politique explicite en un mécanisme d'allocation de ressources aux atours techniques et même automatiques, tout en décentralisant au maximum les dimensions les plus concrètes. Un enjeu politique explosif devient alors une nécessité technique dont les conséquences les plus tangibles (qui doit vivre et qui doit mourir ?) sont privatisées, fragmentées, morcelées... donc invisibles.

C'est précisément ce que réalise la tarification à l'activité : elle oblige les professionnels de santé, censés être les avocats de la santé de leurs patients, à opérer eux-mêmes les arbitrages économiques (qui soigner, avec quels moyens, à quel coût, à quel niveau de qualité) que se refuse à faire le centre politique. Elle enrôle les médecins dans la gestion de l'établissement, eux qui se sont longtemps identifiés à la profession (et non à l'hôpital qui les emploie) et qui ne prêtaient pas toujours une grande attention à la portée économique de leurs actes et prescriptions. En effet, « être professionnel » pour le gestionnaire ne signifie pas du tout la même chose que pour le médecin. Tandis que ce dernier valorise l'autorité collégiale, l'autonomie dans le travail, la confiance des patients, l'autorégulation par les pairs, l'éthique professionnelle, le gestionnaire, au contraire, aime la standardisation des procédures, la hiérarchie, la formalisation des contrôles et des objectifs, etc. L'entrée en gestion implique donc la remise en cause des valeurs professionnelles traditionnelles par l'intégration des professionnels de santé au

management de l'établissement, la formalisation de l'évaluation, la standardisation des pratiques, la définition d'indicateurs de qualité, le recours au benchmarking, l'individualisation des rémunérations...

## UNE MARCHÉ INÉLUCTABLE VERS LA BAISSÉ DE QUALITÉ DES SOINS ET LES DÉFICITS SOCIAUX

On comprend que ces mêmes professionnels, pour des raisons déontologiques et/ou morales, tentent par tous les moyens de contourner l'injonction à l'économicité en manipulant, autant que possible, les catégories de codage, en tentant par exemple de surclasser tel patient pour en retirer un gain qui pourra être réinvesti pour soigner tel autre. Cependant, les tarifs de chaque catégorie de séjour étant de plus en plus calculés au plus juste au nom de la maîtrise des coûts, ce type de stratégie devient impraticable. Vient alors le temps de l'ajustement à la baisse de la qualité ou de la sélection pure et simple des malades en fonction de leur rentabilité supposée pour l'établissement. C'est la raison pour laquelle la T2A doit être accompagnée de (forts coûteux) dispositifs d'évaluation de la qualité des soins qui remplissent le rôle de garde-fous. Car, pour les pouvoirs publics, la contrainte économique renforcée doit inciter les acteurs hospitaliers

non pas à baisser la qualité des soins, mais à reconsidérer les pratiques et à réorganiser le processus de production des soins – la « désorganisation hospitalière », corollaire de la spécialisation de la médecine et de la balkanisation des établissements, génère quantité de « gaspillages » – de façon à améliorer « l'efficacité » globale de l'établissement. Autrement dit, la T2A doit inciter à l'homogénéisation et la standardisation des pratiques soignantes et gestionnaires et, plus précisément encore, à leur alignement sur celles dont l'efficacité est (statistiquement) avérée (soigner avec le maximum de « qualité » au « meilleur coût »).

“ La T2A oblige les professionnels de santé à opérer eux-mêmes les arbitrages économiques que le politique refuse de faire. ”

Il faudrait un autre papier pour détailler les nombreux échecs et effets pervers des réformes inspirées par la « nouvelle gestion publique » dans le secteur hospitalier et ailleurs : incontinence gestionnaire, inflation de la technostucture, centralisation et politisation croissantes des décisions, réduction de la qualité des soins, délitement des équipes, démoralisation des personnels, surcoûts à moyen terme des partenariats public-privé, etc. Le moins que l'on puisse dire est que très peu de promesses ont été finalement tenues.

Signalons, comme l'a très bien montré le sociologue américain Richard Senett<sup>1</sup>, que la remise en cause de la bureaucratie, au nom de la « flexibilité » et de la réduction des coûts, entraîne trois déficits sociaux majeurs : elle affaiblit la loyauté des salariés, supposés interchangeables, à l'égard de l'institution et de sa direction, en allongeant la distance sociale entre la base et le sommet ; elle mine la confiance informelle au sein des équipes, car l'interconnaissance suppose de la stabilité et du temps, ce que ne permettent pas des organisations de plus en plus court-termistes et axées sur la polyvalence des salariés ; enfin, elle dévalorise l'expérience détenue par les salariés au profit de savoirs gestionnaires décontextualisés, imposés par des directions persuadées, à tort, que les batteries d'indicateurs de gestion leur suffisent à superviser en temps réel le travail des salariés.



Frédéric PIERRU  
(CNRS-IRISES-Paris IX Dauphine)