

réadaptation, et se substituer totalement, à partir de 2012, à la dotation globale dans les établissements publics de santé. Mais c'est sur sa complémentarité avec la mise en place des dispositions relatives à la nouvelle gouvernance de l'hôpital que les effets de la T2A sont attendus. En effet, si la T2A n'est pas en soi un outil de régulation ou de planification, son application aux établissements qui s'organisent en pôles doit per-

mettre un pilotage au plus près du terrain et favoriser la prise de décision en matière de stratégie d'activité et d'organisation. Cela suppose également une articulation avec la politique de certification pour contrebalancer d'éventuels effets pervers sur la qualité des soins et d'organisation des soins pour garantir une offre de qualité accessible à tous sur tout le territoire. ■

Quelques modèles explicatifs des rapports entre l'hôpital et l'assurance maladie

Dans les typologies des systèmes de protection sociale, la France figure dans la catégorie des États-providence conservateurs, et dans cette catégorie les relations entre la sécurité sociale et l'État sont un élément majeur de compréhension du fonctionnement concret du système. L'État est en situation dominante, il énonce les règles et s'assure de leur bonne application notamment par l'observation des grands équilibres macroéconomiques, mais il doit compter sur l'assurance maladie qui gère selon les règles définies par la loi.

Nous sommes donc dans un système mixte dont le centre de gravité a beaucoup bougé en trente ans. Les relations entre hôpital et assurance maladie, les formes de régulation en vigueur en sont les témoins. Pour parler rapidement, nous sommes passés d'un modèle centralisé et mû par l'initiative des hôpitaux à des formes de régulation décentralisées et animées par une dynamique de territoire, d'une rationalité économique néo-classique à une rationalité « conventionnelle ».

Un mouvement en trois étapes

À partir des années soixante-dix, l'autonomie des hôpitaux permet au directeur de tout établissement de définir un projet de développement, et le financement est obtenu grâce à la formule du prix de journée hospitalier. À cette époque, le modèle conceptuel en vogue au niveau de l'État était celui de la rationalisation des choix budgétaires, et par extension il a touché les relations entre l'hôpital et l'assurance maladie. Le modèle néoclassique en économie a été la grille d'analyse courante du système de santé : l'usage du rapport utilité/prix dans la politique de rationalisation des choix budgétaires a introduit le calcul marginal et la notion d'optimum dans le raisonnement hospitalier qui a débouché sur des notions devenues courantes dans le champ hospitalier : productivité, taille optimale, élasticité, rendement d'échelle...

Dans les années quatre-vingt-dix, l'hôpital devient une unité de production de soins située dans un environnement. En interne, il fonctionne comme une coalition d'acteurs qui apportent leur contribution en échange

d'une rétribution. En externe, l'hôpital est une entreprise qui doit produire avec efficacité les services dans un environnement concurrentiel. Il ne s'agit plus de combiner de manière optimale, comme précédemment, des facteurs de production, il faut aussi maintenir la coalition des acteurs de l'établissement et la capacité à servir efficacement (mieux que ses concurrents) ses « clients ». Les rapports entre assurance maladie et hôpital se fondent, à cette époque, sur l'idée de la pluralité des rationalités des acteurs de l'hôpital (gestionnaires, médecins des différentes spécialités, soignants, malades...), que l'entrepreneur canaliserait par une contractualisation interne et externe. Pour permettre le pilotage d'un tel dispositif, le directeur d'hôpital et l'assurance maladie développeront des systèmes d'information qui permettront de surveiller l'activité des soignants, avec lesquels ils sont placés dans une relation d'inégale connaissance de l'information disponible, caractéristique de la théorie économique de l'agence. À cette époque, les agences régionales de l'hospitalisation sont créées pour permettre une meilleure régulation de l'ensemble.

Mais, aujourd'hui, la théorie de l'agence semble de moins en moins pertinente pour expliquer les relations entre hôpital et assurance maladie. En effet, le service médical est de moins en moins matérialisable, car il porte davantage sur la demande d'information, l'orientation du patient dans un réseau de soins (la prise en charge en aval des personnes âgées par exemple), l'homogénéité du service médical de plus en plus battue en brèche pour tenir compte de la demande personnelle du patient, alors que l'« atomisticité » du producteur et sa mise en concurrence n'existent pratiquement plus avec les concentrations de services. Un modèle économique explicatif des relations entre hôpital et assurance maladie est en cours de construction, il s'agit de celui de l'hôpital organisation collective. On peut définir une telle organisation comme un nœud de conventions entre acteurs, qu'Olivier Favereau¹ définit comme une relation

Alain Jourdain

Enseignant-chercheur, École nationale de la santé publique

1. Favereau O., 1999, « L'économie des conventions et le constructivisme en économie », *Entre systémique et complexité, chemin faisant. Mélanges en honneur à J.-L. Le Moigne*, PUF, p. 47-61.

où l'échange immatériel est dominant ; la coproduction client-fournisseur met l'accent sur la transaction elle-même, les individus interagissent dans des organisations, qui interagissent entre elles à travers les acteurs-individus. Les grilles d'analyse font appel aux compétences collectives à la capacité de faire des apprentissages organisationnels, et à la maîtrise des réseaux sociaux. Différentes instances (que l'on trouvera dans le texte de ce dossier sur l'organisation du système de santé) sont alors créées pour permettre de développer ce mode de régulation : l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation des soins qui devient Haute Autorité en santé, le Conseil de l'hospitalisation, le Haut Conseil de la santé publique, etc.

De nombreux exemples de cette forme conventionnelle de relation entre hôpital et assurance maladie en pratique courante peuvent être cités².

Pour Maryse Gadreau, l'éthique médicale représente la forme la plus achevée de ce mode de régulation chez les médecins.

La forme de la démarche qualité dans les maisons de retraite est un autre exemple : en situation d'incertitude, les professionnels se réfèrent aux règles, usages, coutumes qui leur donnent des repères désignant les comportements normaux, dans un contexte où coexistent organisations lucratives, non lucratives et publiques. L'accent est mis sur l'importance conjointe du statut juridique et de conceptions multiples de la qualité qui vont devenir le point de partage des soignants, de l'hôpital et de l'assurance maladie (Anne-Catherine Provost et Robert Cobbaut).

Les palmarès hospitaliers, l'accréditation des établissements, les références médicales obligatoires, les labels des sociétés savantes sont d'autres exemples de cette forme de régulation en développement... Chacun se réfère à des valeurs issues de mondes sociaux différents (domestique ou industriel, par exemple) pour les faire évoluer d'un point (valeurs domestiques d'entraide) à un autre (production industrielle labellisée) (Magali Robelet et Didier Vinot).

Les réseaux constituent un dernier exemple : ce sont des structures de soutien à l'activité médicale ayant pour but de diffuser l'information aux professionnels et créer un savoir spécialisé. L'analyse empirique montre (Bernard Baudry et Nicola Cautela) une opposition entre le temps passé par les professionnels et temps gagné

2. Colloque « Conventions et institutions : approfondissements théoriques et contributions au débat politique » Paris, la Défense, 11-12-13 décembre 2003. Confiance, éthique professionnelle et coordination du système de santé. Articles de : Philippe Batifoulier et Maryse Gadreau. « Confiance, éthique professionnelle et coordination du système de santé ». Bernard Baudry, Nicola Cautela. « Pluralité des logiques d'action au sein des réseaux de soins : le cas d'un réseau de cancérologie ». Magali Robelet, Didier Vinot. « La "grande transformation de la santé" accréditation, labels et jugements, quels fondements conventionnels pour la qualité des prestations de santé ? » Anne-Catherine Provost, Robert Cobbaut. « Analyse de la coexistence d'organisations non lucratives, lucratives et publiques dans le secteur des maisons de repos ».

par l'adhésion aux réseaux. Elle se résout par une allocation et une création de ressources particulières (médicales), et une mise en cohérence (et non une offre de soins supplémentaire), construites sur des compromis propres à chaque discipline, par exemple la consultation interdisciplinaire en cancérologie rassemblant cancérologue, chirurgien et radiologue.

Le nouveau mode de décision « conventionnel » qui régule les relations entre hôpital et assurance maladie se fonde sur un jeu d'hypothèses combinées que l'on peut résumer ainsi :

- la décision est rationnelle car le processus qui l'a produite est lui-même rationnel ;
- pour prendre cette décision, il faut des critères de jugement communs entre les acteurs ;
- le recours à l'interprétation est une nécessité car les règles (lois, décrets, références scientifiques...) sont incomplètes ;
- interpréter, c'est donc construire un registre de choix partagés avec les autres ;
- la référence à l'optimum n'est plus de mise, mais les mauvaises solutions sont éliminées dans un processus évolutionniste ;
- l'explicitation n'intervient qu'en cas de dispute ou de problème ;
- ce type de décision procède sur le mode « cela va de soi » et se nourrit d'interprétations ;
- ce mode de décision peut être rejeté à tout moment.

Conclusion

Les relations entre hôpital et assurance maladie constituent aujourd'hui un ensemble complexe dans lequel des rationalités différentes sont présentes au même moment ; les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros III) en sont un bon exemple. Dans ce modèle, on trouve :

- un projet médical de territoire de santé qui va permettre de décentrer vers la communauté locale l'analyse des besoins, le choix d'objectifs et l'allocation des moyens, au moyen d'un accord et d'une vision partagée sur des critères de justice ;
- un principe de prime à l'efficacité économique imposé par une tarification à l'activité (T2A) sur une base de règles économiques rigides ;
- un rôle accru accordé aux usagers et aux représentants des acteurs sociaux présents dans les conseils d'administration pour la gestion des services, en vue d'une co-construction du produit hospitalier.

L'évaluation de la rationalité de la planification hospitalière par les schémas d'organisation sanitaire devient donc un enjeu important de la recherche en santé publique aujourd'hui, encore trop négligé. Un thème intéressant pourrait être, par exemple, de comparer nos schémas hospitaliers des ARH à d'autres modes opératoires en Europe : allocation régionale de ressources par capitalisation et mise en œuvre de quasi-marchés au Royaume-Uni, par exemple. ■