



HAL
open science

La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : des enjeux économiques et sociaux compatibles ?

Nathalie Krief

► **To cite this version:**

Nathalie Krief. La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : des enjeux économiques et sociaux compatibles ?. COMPTABILITE, CONTROLE, AUDIT ET INSTITUTION(S), May 2006, Tunisie. pp.CD-Rom. halshs-00558057

HAL Id: halshs-00558057

<https://shs.hal.science/halshs-00558057>

Submitted on 20 Jan 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : des enjeux économiques et sociaux compatibles ?

Nathalie KRIEF

Maître de Conférences

Université Jean Moulin Lyon 3 / IAE de Lyon / ISEOR

15, chemin du Petit Bois – F-69130 Ecully

Tél. : +33 (0)4 78 33 09 66 / Fax : +33 (0)4 78 33 16 61

krief@iseor.com

Résumé

La nouvelle loi de financement de la Sécurité sociale fait de la réforme de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé un levier essentiel de la modernisation de l'offre hospitalière. Celle-ci institue une forme de contrôle de gestion au moyen d'une refonte progressive du système de financement des établissements de soins. La mise en place de la T2A s'inscrit dans une légitime préoccupation d'amélioration et de « sauvetage » du système de santé, mais désoriente les personnels hospitaliers, mal préparés à ce changement. Le risque est, dès lors, qu'il génère une distorsion du lien social. L'intégration d'une logique d'activité économique modifie pratiquement l'objet social de l'hôpital et la nature historique de la mission qui lui fut confiée. Comment concilier la poursuite de l'intérêt général et une gestion budgétaire fondée sur l'activité concrète ? Comment préserver le caractère public de la mission en obéissant à des impératifs positivement définis ? Notre contribution, principalement exploratoire, vise à décrire et expliquer les principaux enjeux et conséquences de la réforme pour les établissements de santé publics.

Mots clés

Hôpital public, tarification à l'activité, système de santé, lien social, gouvernance.

Abstract

The new law on Social Security financing makes the pricing reform on the health institutes activity (T2A) an essential lever to the modernization of hospital services. This law establishes a form of management control by means of a progressive reshaping of the financing system of healthcare establishments. The implementation of the T2A belongs to a legitimate preoccupation towards improvement and the "rescue" of the healthcare system, but disorienting hospital staff, ill-prepared for such a change. From then on, the risk is that it generates a distortion of the social connection. The integration of a logical economic activity practically modifies the social objective of the hospital and the historic nature of the mission with which it was entrusted. How then to reconcile the pursuit of the general interest and a budget founded on concrete activity? How to preserve the public character of the mission while abiding by positively defined requirements? Our contribution, principally exploratory, aims at describing and explaining the principal stakes and consequences of the reform of public health establishments.

Keywords

Public Hospitals - Pricing per activity - Healthcare system - Social connection - Governance.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : des enjeux économiques et sociaux compatibles ?

L'objectif poursuivi par le gouvernement français à travers la nouvelle loi de financement de la Sécurité sociale consiste à faire de la réforme du financement des établissements de santé un levier essentiel de la modernisation de l'offre hospitalière, modernisation plus généralement recherchée par la mise en œuvre du « Plan Hôpital 2007 ». Initié par le Ministre de la Santé, Jean-François Mattei en novembre 2002, ce plan institue une forme de **contrôle de gestion hospitalier** au moyen d'une refonte progressive du système de financement des hôpitaux. Depuis 2004, un nouveau mode de financement, la tarification à l'activité dite « T2A », s'applique. Il remplace le système classique de « dotation globale » auquel se trouvaient soumis les hôpitaux publics jusqu'alors. Sur un plan macro-économique, la volonté est de rendre équitable et transparent le mode de financement des structures hospitalières et, notamment, la répartition des flux financiers entre secteurs public et privé. La réforme entend aussi permettre une meilleure gestion des activités de l'hôpital en faisant précisément du niveau desdites activités le régulateur budgétaire principal. Dorénavant, un principe général gouvernera le financement des hôpitaux : « *vous gagnerez ce que vous produisez et vous dépenserez ce que vous aurez gagné* ».

L'évidence du principe n'a pas fait taire les critiques. Cette réforme est perçue comme brutale par la majorité des acteurs hospitaliers soumis, depuis plusieurs décennies, à une double pression : les exigences qualitatives et quantitatives s'accroissent tandis que les contraintes économiques et budgétaires se renforcent. L'enjeu attaché à la politique de santé est donc tout à la fois social et économique. Si la France a développé une politique de santé présentant des qualités incontestées, elle est aujourd'hui confrontée à « un véritable défi consistant à assurer le difficile compromis entre la pression des contraintes économiques et les exigences croissantes des malades » (Bonnici, 1997 [1993], p. 10). Cette pression est accrue par l'« empilement » des textes dits de réformes qui, depuis les années 1980, ont vocation à transformer radicalement le paysage hospitalier ; l'« indigestion » n'est pas loin tant l'inflation textuelle est significative... Perte des points de repère, méfiance accrue vis-à-vis des initiatives de la tutelle ont été les conséquences de cette sensation grandissante d'« étouffement » par la loi. Des changements de l'institution publique hospitalière aux plans politique, social, économique, démographique, technologique, est né un sentiment d'insécurité qui fragilise les acquis et semble hypothéquer l'avenir. Si la mise en place de la T2A s'inscrit bien dans une légitime préoccupation d'amélioration et, concrètement, de « sauvetage » du système de santé, elle paraît vouée à un même sort que les réformes précédentes s'agissant de sa réception par le personnel hospitalier. La logique de « bonne gouvernance » attachée à ce dernier chantier économique ne suffit pas à réduire les préventions des acteurs, qui perçoivent la mutation induite comme une « révolution », voire comme une remise en cause.

De toute évidence, les personnels hospitaliers sont mal préparés à ce changement et le risque est, dès lors, qu'il génère une véritable **distorsion du lien social**. Si le lien « attache, réunit, met en relation » (Bouvier, 2005, p. 26), nous définissons le « lien social » comme l'ensemble des attaches qui relie les acteurs entre eux, à la mission qui leur est confiée et à l'objet ou au sujet de cette mission. Le lien social fait référence aux notions d'appartenance, d'attachement, d'affiliation et d'identité. Il est généralement considéré comme facteur de **cohésion sociale** et de **solidarité** (Durkheim, 1893¹ ; Besnard et al., 1994). Au sein de l'hôpital, le lien social est multiple : appartenance des acteurs à un groupe social (médecins, soignants, administratifs) ; attachement à une vocation sociale particulière (le soin, la vie, la lutte contre la souffrance) ;

attachement aux patients ; attachement à une mission publique d'intérêt général. L'intégration d'une logique d'activité économique modifie pratiquement l'objet social de l'hôpital public et perturbe la nature particulière de la mission qui lui fut confiée originellement. Comment concilier la poursuite de l'intérêt général et une gestion budgétaire fondée sur l'activité concrète ? Comment préserver le caractère public de la mission en obéissant à des impératifs économiques strictement et positivement définis ? Comment trouver « un bon compromis entre des impératifs économiques et des missions de services publics » (Gervais et Moreau, 2004, p. 42) ?

La présente contribution a une visée principalement **exploratoire**. Notre propos est de décrire et d'expliquer les principaux enjeux et conséquences de la réforme pour les établissements de santé publics. Le caractère récent de la réforme interdit le recul requis pour développer une réflexion d'ordre prescriptif. A cette difficulté contextuelle s'ajoute la rareté des travaux consacrés à ce thème dans le champ des sciences de gestion. Si quelques lectures de cette législation nouvelle ont été opérées en « économie de la santé » (Perrier et Philip, 2004 ; Perrier, Borella et Philip, 2003)ⁱⁱ, peu s'intéressent à l'aspect managérial et gestionnaire de la réforme. Ce travail tente de poser quelques **premiers éléments** de réflexion relatifs aux impacts de la réforme sur le fonctionnement **pratique** des équipes hospitalières et, plus généralement, aux effets de l'introduction d'une logique économique sur l'environnement social d'une organisation. A cette fin, deux étapes conduisent l'analyse. Tout d'abord, l'identification des origines de la réforme et la détermination de sa genèse requièrent une approche historico-institutionnelle des **cycles de financement** des hôpitaux publics (*partie 1*). De cette chronologie se dégage la logique sociale, sociétale et économique du nouveau système de financement. Dans un second temps, les **impacts dudit système sur le lien social** à l'hôpital sont mis en lumière, à partir du cas d'un centre hospitalier public (*partie 2*). Cette analyse permet de mettre en évidence les impacts directs et indirects de la réforme : à l'étude des effets spécifiques et inhérents à la T2A, s'ajoute une analyse des effets généraux et génériques de la modification du mode de fonctionnement du secteur hospitalier. De cette investigation pratique, ressortent des éléments de réflexion portant sur les conditions de compatibilité des logiques économique et sociale au sein des hôpitaux publics français.

1. L'HISTOIRE DES CYCLES DE FINANCEMENT : GENÈSE DE LA REFORME

L'analyse historique du fonctionnement des établissements hospitaliers depuis un siècle (Imbert, 1994 [1958] ; Imbert et al., 1982 ; Barthélémy, 1993 ; Ceccaldi, 1997 ; Auby, 1998 ; Louvaris, 1998) met en évidence trois grandes périodes dans leurs modes de financement : le « prix de journée », institué en 1946 (*point 1.1.*), fut remplacé en 1984 par le « budget global » (*point 1.2.*) auquel la réforme actuelle substitue la « tarification à l'activité » (*point 1.3.*). Sans décrire de manière approfondie les mécanismes techniques de chaque modalité, nous proposons d'en retracer l'histoire, afin de comprendre la genèse de la réforme de la T2A et de montrer ses principaux enjeux, tant pour l'hôpital lui-même que pour la société dans son ensemble. Cette présentation s'efforce d'appréhender et de synthétiser les différentes approches qui ont guidé les pouvoirs publics dans la construction d'un système de santé plus efficace et plus performant.

1.1. 1946 : LE PRIX DE JOURNEE

Le contexte des années 1940 marque un changement profond dans le domaine des politiques sociales. La période d'après-guerre, caractérisée par la création de la Sécurité sociale en 1945, voit émerger les principes de « **solidarité** » qui gouvernent le système de santé français actuel. A la fin de la décennie, les grands ensembles hospitaliers se constituent et l'hôpital se

positionne comme le **pivot** de l'action sanitaire et sociale du territoire. Cette période connaît également une évolution rapide des connaissances, des savoir-faire, des spécialités et des techniques médicales, donnant au médecin une place de choix dans l'établissement et faisant ainsi de l'hôpital « l'atelier du médecin » (Pauly, 1980).

De 1946 à 1984, le financement des établissements hospitaliers publics s'appuie sur le principe d'un **tarif à la journée d'hospitalisation et d'hébergement**. Ce système s'apparente à un prix « tout compris » (Imbert, 1994 [1958], p. 82), un forfait permettant de garantir une solidarité sociale à l'égard des hospitalisés. Ce mode de financement a été vigoureusement critiqué en raison de ses **effets inflationnistes**. En effet, si les établissements désiraient un prix de journée « confortable » pour l'année suivante, ils devaient faire « tourner la machine à plein » (Imbert, 1994 [1958], p. 83). Ainsi, plus les médecins hospitalisaient et prescrivaient des actes, plus longtemps le malade restait à l'hôpital, mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque la Sécurité sociale payait... Ce système s'est révélé particulièrement **opaque**, d'autant plus que les abus et les gaspillages se trouvaient peu sanctionnés, la croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter jusqu'en 1975.

Malgré ses effets « pervers », ce système a fonctionné pendant près de 40 ans. D'une part parce qu'il a permis de financer la rénovation de l'hôpital. D'autre part parce que, à l'exception de la Sécurité sociale, tout le monde y a trouvé son compte : les malades ; les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans véritable souci de l'économie nationale ; les médecins hospitaliers qui ne se considéraient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la sécurité sociale ; les élus pour qui l'hôpital était source de prestige électoralⁱⁱⁱ ; les fournisseurs de biens et de services qui vivaient de ce marché florissant (Bonnici, 1997 [1993], pp. 75-76).

Ainsi, si l'expansion économique des trente glorieuses a permis des avancées considérables en matière sanitaire et sociale – généralisation progressive de la Sécurité sociale, rénovation et développement des infrastructures sanitaires et sociales, redéfinition des politiques sectorielles –, elle a toutefois entériné un contexte dans lequel les préoccupations gestionnaires s'effaçaient devant la prépondérance de la logique professionnelle (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996, p. 9). A la fin de cette période, l'émergence du chômage et l'entrée de la France dans une période dite des « trente douloureuses » ou des « trente piteuses » (Bavarez, 1997), ont incité les pouvoirs publics à prendre des mesures de limitation de la croissance budgétaire des hôpitaux. Un nouveau mode de financement se met ainsi en place en 1983 : le « budget global » ou « dotation globale de financement »^{iv}, dont l'objectif est de maîtriser les dépenses et de modifier l'image d'établissements « budgétivores » des hôpitaux (Bonnici, 1997 [1993], p. 75).

1.2. 1984 : LA DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT

Pour répondre à l'évolution croissante des dépenses hospitalières (16% à 19% par an^v), la loi du 19 janvier 1983 prévoit que « la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie fait l'objet, chaque année, d'une dotation globale au profit de chaque établissement ». Ce budget annuel, alloué par reconduction du budget de l'année précédente sur la base d'un « taux directeur national d'augmentation des dépenses hospitalières », ne tenait pas précisément compte de l'activité de l'hôpital et de ses services. Cette nouvelle donne budgétaire venait réduire l'incitation des établissements à garder « inutilement » des malades, puisque cette pratique tendait à grever leur budget et que les progrès techniques et thérapeutiques favorisaient objectivement la diminution des durées de séjour. Ce nouveau

mode de financement est donc apparu, *a priori*, comme une réponse pertinente à la dérive des hospitalisations indues que favorisait le système du prix de journée.

Au cours de cette période, une série de mesures visant à « **rationaliser** » le système de santé a complété la réforme du budget global, avec la mise en place d'instruments de maîtrise quantitative et qualitative (Bonnici, 1997 [1993], p. 79). La **maîtrise quantitative** des dépenses s'est organisée principalement autour de la **planification** sanitaire. Initiée dès le début des années 1970, cette mesure s'est d'abord concentrée sur la rationalisation du nombre de lits d'hospitalisation, puis s'est élargie aux équipements et à l'activité de soins. Elle a été enrichie par la loi du 31 juillet 1991, qui a réactualisé des principes de contrôle des établissements de santé, à travers les missions des Comités et Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (CROS et SROS). Parallèlement à cette planification descendante, les hôpitaux ont développé les principes d'un management de projet sur la base du projet d'établissement (voir à ce sujet, Claveranne, 1996). En 1996, le plan Juppé a renforcé les mesures de contrôle des finances, en faisant voter le Parlement sur les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes (définition d'objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie). Des instruments de **maîtrise qualitative** des activités hospitalières ont complété la panoplie des mesures adoptées par l'Etat : l'**accréditation** et l'**évaluation**. La première (ordonnances du 24 avril 1996) vise l'assurance de la qualité des prestations hospitalières : soins, examens, confort hôtelier... Réalisée en étroite relation avec l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), elle encourage la passation de contrats d'objectifs et de moyens. La seconde s'est concrétisée en 1984-1985 par la création d'un programme de médicalisation du système d'information hospitalière (PMSI), c'est-à-dire la constitution d'une banque de données d'informations sur les hospitalisations. Celle-ci sert à établir des groupes homogènes de malades (GHM) ayant subi des traitements analogues, permettant d'obtenir des informations médicales sur le séjour du patient dans l'unité fréquentée. A l'époque, cette démarche était prévue pour lever le voile sur la « boîte noire » (Bonnici, 1997 [1993], p. 87) que constitue l'hôpital concernant son activité réelle, et envisager à terme de tarifier les activités de soins.

En instaurant des outils qualitatifs et quantitatifs de **description**, de **mesure** et de **comparaison** de l'activité médicale hospitalière et d'allocation des budgets, les pouvoirs publics ont initié, dès les années 1980, une démarche plus gestionnaire de l'hôpital. Néanmoins, la dotation globale n'a produit que des résultats limités. Elle n'a pas favorisé la performance médico-économique attendue et n'a guère stimulé l'innovation et le dynamisme de l'organisation. Elle a plutôt ouvert la porte aux conflits entre services quant à la répartition du budget et créé des inégalités de financement injustifiables et inacceptables entre hôpitaux (Coca, 1995, p. 156 et p. 479). De plus, en l'absence de comptabilité analytique, l'arsenal d'outils n'a pas permis de connaître le coût réel des activités de soins. Les équipes de direction des établissements ne disposaient d'aucune donnée fiable et récurrente permettant une « analyse de gestion rétrospective et prospective » (Joncour, 1996, p. 76). Cependant, au vu de l'évolution décrite, tout semblait prêt pour que soit mise en œuvre une modalité de tarification à l'activité dès les années 1990. Si les tutelles ont utilisé et exploité les outils prévus par les réformes successives, les établissements n'ont pas saisi cette opportunité. Ces outils sont restés ceux des tutelles...

La T2A a été envisagée au départ sur la base d'expériences menées au sein d'établissements-pilotes entre 2000 et 2005, avant une mise en place généralisée. Compte tenu de l'aggravation des dérapages budgétaires, le gouvernement a jugé nécessaire de la mettre en œuvre dès 2004. Cette décision anticipée a « pris de court » les établissements et les acteurs, qui pensaient que cette réforme d'envergure n'était pas encore à l'ordre du jour... (Clément, 2004).

1.3. 2004 : LA TARIFICATION A L'ACTIVITE « T2A »

La France est confrontée à une augmentation croissante de la demande et du coût de l'offre de soins, en raison du vieillissement de sa population^{vi} et de la rigidité de son organisation sanitaire. De plus, la coexistence de deux systèmes de financement – dotation globale pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH) ; tarification à la journée et forfait lié aux actes pour les cliniques privées – génère deux types d'effets pervers. D'une part, la dotation globale de financement, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, a contribué à créer des rentes de financement pour certains établissements et une pénurie de moyens pour les structures les plus actives. D'autre part, le montant des prestations pour le même acte dans le secteur privé varie sur l'ensemble du territoire, conduisant aussi à la constitution de rentes et à des situations de sous-financement pour certaines activités.

C'est dans une perspective de plus grande **transparence** et d'**équité** de traitement entre les hôpitaux que la notion de tarification à l'activité a vu le jour. Elle consiste à encadrer la maîtrise des dépenses hospitalières par le couple « équité-productivité » (Coca, 1995, p. 479).

Ce remaniement des modalités de financement des établissements hospitaliers s'inscrit dans une **démarche de changement** plus globale : le « **Plan Hôpital 2007** ». Ce dernier s'articule autour de deux volets :

- L'**allègement des contraintes** des établissements à travers cinq « chantiers » contribuant à proposer « *un hôpital rénové, plus proche et plus souple* » : relance de l'investissement hospitalier, nouveau mécanisme de financement (T2A), simplification de la planification, encouragement de la coopération sanitaire, mission d'expertise et d'audit hospitaliers.
- La **modernisation de la gouvernance** des hôpitaux publics, prévoyant une évolution de la composition et des missions des différentes instances et commissions hospitalières, la mise en place d'une politique d'intéressement des personnels et la création de pôles d'activités.

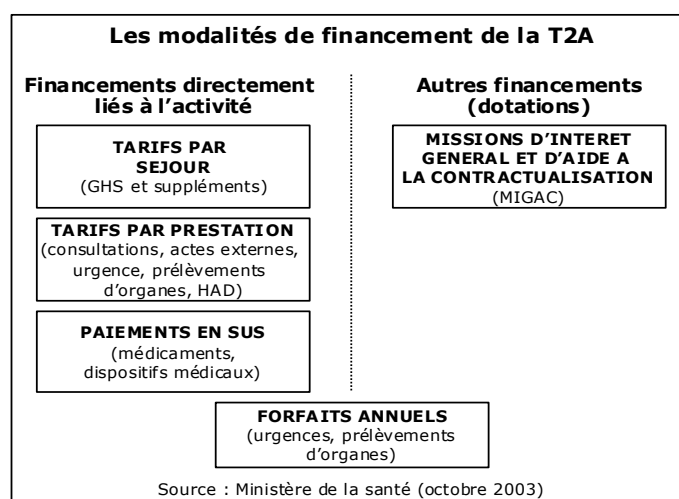
1.3.1. Principes et fondements de la T2A

La T2A est « un mode de financement, qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée, pour l'essentiel, sur la base des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) » (Ministère de la santé, octobre 2003).

Ce nouveau mode de financement concerne l'ensemble des **établissements publics et privés** titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et toutes les **activités de soins** MCO. Le nouveau mode de financement se fait d'une part en fonction de l'activité, d'autre part par dotation, selon **cinq modalités** :

- Trois modalités générales de **financement lié directement à l'activité** : paiement d'un tarif unique par séjour (Groupes Homogènes de Séjours (GHS) et suppléments) des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement ; paiement d'un tarif par prestation pour les consultations, actes externes, urgences, prélèvements d'organes et hospitalisations à domicile (HAD) ; paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation.

- Une modalité particulière de **financement mixte** pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixe mais déterminé en fonction de l'activité réalisée (urgences et coordination des prélèvements d'organes).
- Une modalité de **financement par dotation** non fondée sur l'activité : versement d'une enveloppe de financement pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette modalité reconnaît que certaines missions, non directement productrices de soins quantifiables à travers les données du PMSI, doivent conserver des ressources indépendantes des variations de l'activité réalisée. Il s'agit de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation pour la part « missions d'intérêt général » ; de la qualité et de la mise en œuvre du SROS pour la partie « aide à la contractualisation ».



La mise en place de la réforme se fait de manière **progressive**. Le passage à la T2A induisant des changements importants dans les modalités de détermination des ressources, les procédures budgétaires et comptables et les circuits d'informations et de traitement des données, il n'était pas possible de procéder à l'ensemble de ces changements sur un seul exercice. Dans les secteurs public et PSPH (participant au service public hospitalier), la gestion de la transition est opérée par un mécanisme de maintien d'une part décroissante dans le temps de ressources allouées forfaitairement. Le schéma proposé par le gouvernement repose sur la mise en œuvre de trois étapes. La première, opérée en **2004**, a vu 10% des recettes déterminées en fonction de l'activité. La deuxième étape, en **2005**, prévoit un pourcentage de 20% à 25%. En **2006**, environ 50% des recettes entrent dans le cadre de la tarification. La loi ne prévoit pas, pour le moment, de limite à la tarification. Mais, certains établissements, soutenus par la Fédération Hospitalière de France, se mobilisent d'ores et déjà pour exiger que le Ministère limite la T2A à 50% de l'activité. Néanmoins, l'orientation est expressément posée : la part financée à l'activité a vocation à s'accroître progressivement aux dépens de la part financée par dotation annuelle, qui devrait disparaître en **2014**.

Le législateur a aussi institué des **procédures de contrôle** pour repérer des erreurs de codage des données du PMSI et s'assurer que les établissements se conforment bien à leurs obligations de produire de l'information médicalisée de qualité. En cas de constat d'erreurs, des sanctions sont prévues : les erreurs induisant un paiement injustifié par l'assurance maladie peuvent donner lieu au paiement de pénalités financières ; les erreurs affectant la qualité de l'information produite pourront se traduire par une mise en garde pouvant aller jusqu'à pénalité financière.

1.3.2. Résultats attendus de la réforme

D'un point de vue sociétal, les bénéfices attendus de la réforme sont de trois ordres :

- Rendre le mode de financement **équitable** en rémunérant les activités sur la base de critères médicaux communs et partagés par les secteurs hospitaliers public et privé : le groupe homogène de séjours (GHS).
- Améliorer la **transparence** des activités et le mode de tarification grâce à la simplification des modalités de facturation et à la possibilité de comparaison des charges qui incombent à l'assurance maladie entre les deux secteurs.
- Induire des mécanismes de **régulation** par le lien que cette tarification permet d'établir entre les recettes des établissements et le niveau réel de leur activité : ajustement des moyens à l'activité réalisée.

La T2A a vocation à initier des changements importants au sein des structures hospitalières : médicalisation du financement, responsabilisation accrue des acteurs dans la gestion de leur zone d'activités, développement d'outils de pilotage médico-économique. Elle transforme donc le paysage hospitalier en rendant visible et lisible la relation entre activités et ressources. Ainsi, il ne sera plus permis d'avancer que l'organisation-hôpital « n'est pas maîtresse de ses ressources » (Moison et Tonneau, 1999, p. 21).

Le « Plan Hôpital 2007 » annonce, parallèlement à la mise en place de la T2A, un projet de « **nouvelle gouvernance hospitalière** ». Celui-ci vise, d'une part à modifier le fonctionnement des instances hospitalières, avec notamment la création d'une **instance de pilotage médico-administratif** (le conseil exécutif^{vii}) associant direction administrative et corps médical ; d'autre part à créer des **pôles d'activités** visant une amélioration de la prise en charge du patient, un décloisonnement de l'organisation et une mutualisation des ressources. Cette évolution pourrait permettre d'accroître la responsabilisation des acteurs et de mieux gérer la coordination entre administratifs et médicaux-soignants. Selon nous, ce volet de la réforme concourt directement à mettre en œuvre la T2A. En effet, les logiques de pouvoir à l'hôpital peuvent constituer un frein puissant à la mise en œuvre du nouveau mode de financement et il convient, dès lors, d'envisager un mode de gouvernance différent.

Comme cette partie a permis de le souligner, le contrôle budgétaire hospitalier et l'arsenal d'outils qui l'ont accompagné se sont avérés peu efficaces et peu adaptés à mesurer et piloter la performance des établissements de santé (Nobre, 2001). Bien souvent assimilé à un « contrôle aveugle » (Olson, 1985), nous pouvons considérer qu'il s'agit d'un « semblant » de mesure, voire d'une démarche « hypocrite » (Brunsson, 1986). La T2A apparaît donc comme une réforme « bienvenue » pour réguler les dépenses de santé ; mais sa mise en place, du point de vue du gestionnaire, n'est pas sans conséquences. L'économiste de la santé y voit un éclairage particulièrement intéressant pour mettre en évidence le coût réel des activités, notamment à travers la « trajectoire du patient » (Perrier, 2001 ; Perrier et Philip, 2004). L'analyse du gestionnaire se situe à un niveau plus microéconomique qui l'incite à se poser la question de l'**assimilation** d'une telle réforme par les établissements et leurs acteurs, et donc celle de ses effets sur l'organisation et la pratique hospitalière (voir à ce sujet, Claveranne et Pascal, 2005).

L'histoire des cycles de financement a permis de montrer que l'hôpital devait se moderniser. Dès les années 1990, certains praticiens hospitaliers évoquaient l'idée que dépenser mieux et introduire un certain degré de « rationalité dans la conduite des actes médicaux constitue un réel progrès » (Tchobrowsky et Wong, 1995, p. 103), mais ils n'oubliaient pas de préciser, à

l'instar de Kervasdoué (2005 [2004], p. 81) que cette évolution constitue une véritable « révolution » nécessitant un accompagnement. Jusqu'à présent centrés sur un « usage très administratif du budget » (Gervais et Moreau, 2004, p. 35), les hôpitaux, comme nombre d'organisations de la sphère publique, doivent initier un mouvement d'implantation du contrôle de gestion visant à mesurer et à améliorer leur performance... (voir à ce sujet, Naiditch et Mossé, 2005).

2. L'HOPITAL FACE A LA REFORME : ECLAIRAGE EMPIRIQUE

L'hôpital public peut-il aujourd'hui absorber sans « dommages » une telle réforme ? Si les changements techniques qu'induisent ces mesures peuvent être assimilés dans le temps, les changements de mentalités et de mode d'organisation interne semblent beaucoup plus complexes et difficiles à maîtriser. D'autant plus que l'introduction de nouveaux « outils » de gestion dans une organisation se focalise souvent sur leur « substrat technique » au détriment de leur philosophie gestionnaire et des relations organisationnelles qui les entourent (Hatchuel et Weil, 1992). Ainsi, aux effets visibles et positifs de la réforme se greffe un certain nombre d'effets « **collatéraux** » (Clément, 2004) **spécifiques** (liés aux caractéristiques de la T2A) et **structurels** (historiquement inscrits dans le fonctionnement hospitalier). Au sens sociologique du terme, c'est-à-dire la construction d'une logique de partenariat (Denieuil, 1998) et d'« un vivre ensemble collectif », le lien social à l'hôpital est affecté tant par la spécificité économique de la T2A que par les nouveaux mécanismes de fonctionnement que la réforme induit.

2.1. PRESENTATION DU CAS ET DE LA METHODOLOGIE

Avant de présenter les premiers résultats d'analyse, nous proposons d'identifier le contexte stratégique de l'établissement qui a fait l'objet de notre analyse (*point 2.1.1.*), puis de définir la méthodologie de recherche que nous avons utilisée (*point 2.1.2.*).

2.1.1. Positionnement et contexte stratégique de l'établissement

L'établissement qui a fait l'objet de notre analyse est une structure de petite taille appartenant à la catégorie des « hôpitaux de proximité ». Il comporte une centaine de lits répartis en cinq services : médecine polyvalente, chirurgie viscérale et orthopédique, centre périnatal, urgences et SMUR, consultations externes. Son plateau technique comprend un service d'anesthésie, un service de radiologie, un bloc opératoire et un laboratoire d'analyses médicales géré par des médecins libéraux dans le cadre d'une convention avec l'établissement. Cet hôpital se situe dans une ville caractérisée par un contexte social considéré comme difficile, en raison notamment d'une crise industrielle, d'un niveau de chômage important et d'un revenu moyen par habitant particulièrement faible.

En France, la situation des **hôpitaux de proximité** est précaire. La volonté politique est au regroupement de ce type d'établissements, c'est-à-dire à la fermeture des petites structures au profit des plus grandes. Cette politique s'incarne par la mise en place progressive de normes volumiques d'activité minimales, que peuvent difficilement respecter les hôpitaux de petite taille, et qui s'appliquent notamment à l'activité des maternités (seuil minimal d'accouchements annuel) et des blocs opératoires. Cette politique a déjà conduit, par le passé, à la fermeture de nombreuses petites maternités. L'hôpital de notre étude n'a pas été épargné, puisque son service de maternité a été fermé au début de l'année 2000, pour être « remplacé » par un centre périnatal de cinq places.

L'établissement vit par ailleurs des **difficultés budgétaires** importantes, avec un déficit « structurel » de l'ordre de 700 000 Euros. L'arrivée de la T2A, dans ce contexte de pression budgétaire, est perçue par les acteurs de l'hôpital comme une contrainte supplémentaire, ce qui ne facilite pas son acceptation. Cette situation, partagée par de nombreux établissements de petite taille, a incité le gouvernement à octroyer des enveloppes complémentaires pour « éponger » les déficits antérieurs. Néanmoins, le retour à une situation d'équilibre sera probablement long et difficile.

Dans le cadre de l'élaboration du prochain schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), l'établissement devra concrétiser la notion de **territoire de santé** introduite par la réforme. Cette évolution du paysage sanitaire prévoit la coopération entre établissements situés sur le même bassin ou territoire de santé. L'hôpital de notre étude devrait ainsi être amené à coopérer avec deux autres établissements de son territoire : un établissement public de plus grande taille – historiquement principal concurrent – et un établissement privé à but lucratif. Cette nouvelle donne modifie profondément les pratiques stratégiques des hôpitaux et leur mode d'organisation. Elle se traduit par la nécessité de mettre en œuvre un **projet médical de territoire** renforçant la coopération entre établissements géographiquement proches. Des reconversions d'établissements seront sans doute nécessaires, ce qui accroît l'inquiétude des acteurs quant à l'avenir de leur structure.

La problématique de l'établissement de notre analyse est celle de nombreuses petites structures hospitalières : augmenter de manière substantielle l'activité afin de répondre aux exigences des normes minimales d'activité et équilibrer le budget des services. Cette situation constitue une **menace stratégique**, qui a incité l'hôpital à entreprendre une démarche active de mise en œuvre de la T2A dès le deuxième semestre 2004. Cependant, de nombreuses difficultés actuelles et prévisionnelles sont mises en évidence.

2.1.2. Méthodologie de recherche

La méthodologie de recherche utilisée s'inscrit dans les méthodes de recherche dites qualitatives à **visée exploratoire**. Nous avons opté pour une méthode d'**étude de cas**, c'est-à-dire une recherche qui « examine un phénomène contemporain à l'intérieur d'un contexte actuel » (Yin, 1984). Notre objectif est de décoder une situation particulière, d'appréhender une situation réelle de management et de formuler des **catégories de problèmes**. L'étude de cas nous a semblé pertinente pour décrire et comprendre la situation qui nous intéresse, afin de passer d'un état de moindre connaissance à un état de connaissance plus poussée (Piaget, 1967). Selon la définition de l'étude de cas retenue par Savall et Zardet (2004-a, p. 74), « le but du chercheur n'est pas de connaître la situation concrète mieux que les acteurs qui la vivent au quotidien, ni de la décrire exhaustivement, mais de *formuler des catégories génériques* et leurs propriétés pour des situations et problèmes d'ordre général et spécifique ».

L'étude de cas mobilise de multiples sources de « preuves » (Yin, 1984). Nous avons, dans notre cas, utilisé des informations orales collectées à partir d'une dizaine d'entretiens réalisés auprès des trois grandes catégories d'acteurs de l'établissement (administratifs, médecins chefs de service, soignants) et utilisé des documents internes de l'hôpital concernant la mise en place de la T2A (rapports de synthèse, documents d'informations, bilans d'étape...). Nous avons complété cette analyse du terrain-cible par une recherche bibliographique, théorique et pratique portant sur le fonctionnement et le financement des établissements de santé publics.

2.2. ANALYSE DES IMPACTS DE LA T2A

L'analyse théorique et expérimentale nous a conduit à identifier **trois zones d'impacts** de la T2A sur le lien social à l'hôpital : la **mission sociale** de l'hôpital (*point 2.2.1.*), la **logique de coopération** intra et inter-établissements (*point 2.2.2.*), la **mission publique d'intérêt général** (*point 2.2.3.*). Compte tenu de l'absence de recul suffisant quant à la mise en place de la T2A au sein des établissements de soins, nous avons choisi de formuler ces effets sous forme interrogative et conditionnelle.

Ces premiers « résultats » restent à approfondir, car ils ne sont, à l'heure actuelle, que le reflet de l'établissement étudié et de la perception de ses acteurs au moment le plus sensible de l'actualité du sujet. Ainsi, il semble encore difficile, dans notre étude, de différencier les expressions de craintes à venir des acteurs, de celles liées aux modifications déjà apportées au système hospitalier. Cette première analyse devra être complétée afin de nuancer les propos et les perceptions, parfois « à chaud », des acteurs. Ces premiers résultats exploratoires devront donc être confrontés et éclairés à l'épreuve des faits.

2.2.1. La mission sociale de l'hôpital : une mission en crise ?

La T2A semble provoquer une perte de sens et une remise en cause de la mission sociale de l'hôpital en raison de l'existence même de la réforme. Celle-ci crée une situation d'insécurité face à l'inconnu et met en jeu des injonctions contradictoires, sources de conflits d'intérêt et d'incompatibilités entre logique sociale et logique économique.

Nous pouvons considérer que les établissements hospitaliers publics vivent depuis plusieurs années une situation de **crise**, en ce sens où la crise est « un état d'instabilité [...] face à des changements imposés ou décidés » (Hart et Mucchielli, 1994, p. 7), qui se traduit par une perte des points de repère habituels. Au sein des établissements de soins, la crise provient de la « rafale » de **réformes enchevêtrées** qu'ils subissent depuis près de vingt ans et qui ont créé une certaine « souffrance » sociale et organisationnelle (la mise en place récente des 35 heures en est un exemple représentatif). Ainsi, le chef de service de chirurgie de l'hôpital de notre étude considère que « *Les hôpitaux doivent en réalité absorber l'ensemble des réformes faites depuis quinze ans en quelques mois !* ». Cette situation engendre un sentiment d'instabilité et d'insécurité chez les acteurs, doublé d'incompréhensions et de rejets. La crise se traduit par « un état socio-organisationnel de la collectivité humaine, caractérisé par l'apparition de phénomènes psychologiques » (Hart et Mucchielli, 1994, p. 7), au sein duquel les sentiments et les émotions « dominant » les relations collectives de travail.

Au sein d'une organisation, la mise en place de toute réforme peut donc s'apparenter à une situation de crise, entendue comme le passage d'un état connu à un état en devenir, inconnu. Celle-ci peut apparaître comme positive, féconde, constructive, voire « euphorique » quand elle annonce l'aube d'un renouveau (Bruckner, 1995, p. 52) et incite les acteurs à se remettre en question pour changer et faciliter le passage à l'état souhaité. Elle peut aussi entraîner une véritable « spirale régressive » de remises en cause, sans permettre aux acteurs d'entrevoir une quelconque issue positive, quand le passage signe une rupture trop forte avec les modèles et les paradigmes de référence. Dans les établissements hospitaliers, les réformes sont bien souvent perçues et vécues comme négatives et bloquantes, en raison de leur surabondance (phénomène d'« overdose »), mais aussi compte tenu de la forte opposition existant entre les projets des acteurs. En effet, il semble difficile d'introduire une réforme exigeant **partage** et **coopération** de l'ensemble du corps social, quand ses membres n'ont ni l'habitude ni l'envie (?) de partager. La compréhension convergente d'une situation, et de fait l'adhésion des

acteurs à un nouveau projet, nécessite un minimum d'accord sur la situation sociale de référence (Binswanger, 1988), sans quoi les incompréhensions sont source de conflits. Or, à l'hôpital, la situation de référence n'est pas partagée et les conflits semblent inscrits dans le fonctionnement « normal » de l'organisation (cf. *paragraphe 2.2.2.*).

Les réformes des établissements de soins peuvent également s'apparenter aux **injonctions contradictoires** décrites par Watzlawick (1972) : la première a un **sens explicite** en contradiction avec le **sens implicite** de la seconde. Ces injonctions induisent une confusion chez les récepteurs du message qui ne savent pas s'ils doivent obéir à l'explicite ou à l'implicite. La réforme du mode de financement des hôpitaux représente l'injonction explicite : la maîtrise des dépenses de santé. L'injonction implicite est incarnée, quant à elle, par la mission sociale première de l'hôpital – prendre soin des malades, lutter contre la souffrance et la mort... – considérée comme valeur supérieure n'ayant pas de prix (voir à ce sujet, Adam et Herzlich, 2004). Cette logique sociale se trouve accentuée par la relation d'**attachement** (Bowlby, 1978) des acteurs à leur mission de base et aux patients : « *Les infirmiers notamment souffrent de la souffrance du malade. Ils y sont attachés, c'est leur raison d'être* ». Pour les personnels hospitaliers, la T2A tend à les éloigner du malade. Ces nouvelles exigences viennent « heurter de plein fouet une culture professionnelle et technique demeurant un repère identitaire central » (Le Goff, 2000 [1996], p. 74) et mettent en scène l'opposition décrite par Weber (1963 [1959, 1919], p. 207) entre « éthique de conviction » (médico-social-humanitaire) et « éthique de responsabilité » (économico-gestionnaire). Ce phénomène caractérise un « **changement de paradigme de la médecine** » (Crémadez et Grateau, 1992, p. 239) qui propulse les institutions hospitalières de leurs racines caritatives et humanitaires vers un monde mécaniste et positiviste. On assiste ainsi à une sorte d'« écartèlement » des préoccupations qui peut se transcrire de la manière suivante : comment appliquer un contrôle économiquement et positivement défini à une mission qui dépasse, de par sa vocation humaine et universelle, toute comptabilité ? L'« affrontement » entre l'explicite économique et l'implicite social crée un premier type d'incompatibilité entre variables économiques et sociales au sein de l'hôpital. Cette première limite peut expliquer le fait que la mise en place de la réforme soit encore très embryonnaire dans certains établissements.

Cette perte de points de repères est renforcée par des craintes liées à la remise en cause de la **mission d'accueil** de l'hôpital et du respect de la règle de l'**égalité** de tous devant l'accès aux soins. Si le mode de financement à l'activité revient à rémunérer les hôpitaux au chiffre d'affaires (Tedesco, 2005), comment continuer à accueillir des patients dont les pathologies coûtent chères à l'hôpital et qui viendront de fait grever leurs finances ? Le chef du service de chirurgie de l'hôpital de notre analyse émet des réserves quant à une tarification appliquée à toutes les activités : « *Le danger avec ce système serait qu'on regarde le patient avec des Euros dans les yeux !* ». Les médecins reconnaissent porter une attention accrue à la prescription et à la facturation des actes : « *Avant on ne faisait pas payer certains actes, aujourd'hui, on ne fait plus de cadeau. On a dû améliorer notre manière de collecter les informations pour ne rien oublier* ». Ils soulignent néanmoins les effets pervers qui consisteraient à conditionner toute décision à des critères exclusivement financiers au détriment de critères médicaux et sociaux. Cette problématique est d'autant plus importante que la mission sociale de l'hôpital s'exerce de plus en plus à la périphérie de sa mission médicale traditionnelle. L'accueil des personnes âgées en est une illustration. Au sein de l'établissement de notre étude, plusieurs acteurs s'accordent pour envisager la création de structures *ad hoc* réservées à l'accueil de certains types de patients (les moins « rentables »), afin de ne pas les exclure du système de soins. Néanmoins, ce type de réflexion nous semble reporter le problème ailleurs, dans le temps et dans l'espace...

2.2.2. Une logique de coopération ou un renforcement des conflits ?

La logique économique et gestionnaire de la T2A implique un fonctionnement de type coopératif, tant au sein de l'hôpital qu'entre établissements d'un même territoire.

- **Logique de coopération intra-hôpital**

Si les hôpitaux sont constitués d'une centaine de métiers différents, « trois grandes cultures dominent les débats internes et organisent les conflits latents » (Hart et Mucchielli, 1994, p. 63) : la logique médicale, centrée sur le développement technologique et le « prestige » du plateau technique ; la logique administrative, centrée sur les aspects économiques et financiers ; la logique soignante, centrée sur l'aide et l'accompagnement du malade. Ainsi, « trois groupes d'acteurs se regardent avec méfiance » (Iborra et Johanet, 1989, p. 75), formant ou évoquant une mosaïque de féodalités cloisonnées. Cette logique de pouvoir provient pour une large part de l'opposition des stratégies d'acteurs, mais aussi de la prééminence du métier technique de base et du manque de clarté quant à la répartition des pouvoirs de décision : qui décide au sein de l'hôpital ? (Krief, 1999, p. 78). Dans ce contexte, les organisations professionnelles que sont les établissements de santé (Mintzberg, 1996 [1981], pp. 309-335) créent des groupes d'influence avec des objectifs propres à promouvoir et qui vont user de différentes sources pour poursuivre leurs intérêts catégoriels. Outre le fait que ces comportements créent une distorsion des objectifs globaux de l'institution et entretiennent des préoccupations parcellaires (Guyot, 1982, p. 309), ils servent à préserver la cohésion de chaque groupe contre les autres. Cet « instinct de protection », provenant aussi de l'insécurité des acteurs face à la souffrance et la mort, les incite à adopter « des stratégies protectrices et souvent primaires (...) qui les emprisonnent » (Hart et Mucchielli, 1994, p. 152). En ce sens, la **complexité du management** de l'hôpital (Cucchi et Delaeter, 1997) en fait une organisation à **gouvernance interne éclatée** (Savall et Zardet, 2004-b).

La « nouvelle gouvernance hospitalière » prévoit la mise en place de « pôles d'activités », c'est-à-dire un ensemble de services associés en terme de gestion autour d'un projet médical commun. Les premiers résultats de l'audit des établissements « anticipateurs » (Ministère de la santé et de la protection sociale, juin 2004) montrent que le modèle dominant de responsabilité du pôle s'organise dans le cadre d'un **triumvirat** : médecin, cadre soignant, cadre administratif. Elle suppose donc, dans ses schémas de conception implicites, que ces trois catégories d'acteurs vont naturellement coopérer, alors que cette logique de coopération ne nous semble absolument pas spontanée et que le « passage d'une gouvernance éclatée à une gouvernance intégrée et synchrone » (Savall et Zardet, 2004-b, p. 61) est particulièrement délicate. En effet, le fonctionnement hospitalier semble placer toute relation en situation de confrontation, c'est-à-dire de jeu à somme nulle, et non dans une logique de coopération, c'est-à-dire de jeu à somme positive (Boudon, 2004, p. 40). La coopération semble d'autant plus difficile qu'elle ne peut naître de la seule volonté d'une personne ou d'un groupe d'acteurs. Ce que nous enseignent les travaux sur la théorie des jeux (Eber, 2004), et notamment ceux relatifs au « dilemme du prisonnier » (Axelrod, 2006 [1984] ; Axelrod et Cohen, 2001) c'est que l'on ne peut décider unilatéralement de s'orienter vers la coopération et le compromis. La coopération-négociation est « une activité à plusieurs » (Thuderoz, 2000). De plus, la coopération peut échouer malgré la volonté des acteurs, « dès lors que chacun a des raisons de redouter que les autres ne tiennent pas leur promesse, si rien ne les y contraint » (Boudon, 2004, pp. 48-49). Sur ce point, nous rejoignons l'analyse de Claveranne et Pascal (2004), qui évoquent un hôpital « malade de sa difficulté de faire ensemble » (p. 2) et organisé en « territoires morcelés » et balkanisés (p. 3).

A ces difficultés de coopération, que nous pouvons qualifier d'intrinsèques à l'organisation-hôpital, se greffent des limites liées à la **mutualisation** des ressources, notamment humaines, que la T2A et les pôles d'activités vont nécessiter. La faiblesse, voire la « crise du management des ressources humaines » (Saulquin, 1997, p. 537) au sein des hôpitaux publics ne favorise pas un fonctionnement mutualisé. Au sein de l'établissement étudié, les relations entre corps médical et direction administrative ne s'inscrivent pas dans une logique de coopération active. De plus, la mutualisation des ressources humaines n'est pas aisée : *« En cas de pic d'activité dans un service, le personnel infirmier accepte difficilement d'apporter main forte au service surchargé. Chacun préfère rester dans son propre service, on ne partage pas facilement. »*

Ainsi, la T2A présuppose que les acteurs et les services coopèrent naturellement, alors que cette coopération semble, dès le départ, particulièrement difficile à obtenir. Elle peut néanmoins aussi être une opportunité de renforcer les liens entre les différents acteurs. Dans notre étude de cas, des coopérations sur la mise en place de la T2A se sont développées, mais là où elles existaient déjà sur d'autres sujets. Le manque de recul et d'analyse longitudinale ne nous permet pas de répondre précisément à cette interrogation. Cependant, la lecture de la réforme laisse entrevoir deux types de renforcement de conflits : **entre les différents services** d'une part, et **entre la direction administrative et le corps médical** d'autre part. Le premier type de conflits peut provenir des différences de préoccupations et de logiques financières entre les services de chirurgie et les services de médecine. En effet, si les services de médecine peuvent « facilement » dégager une « marge », en chirurgie, les coûts de fonctionnement, notamment du bloc opératoire, suffisent à rendre déficitaire l'activité du service. Va-t-on pointer du doigt les services les moins « rentables » ? La logique économique de la T2A risque donc de rendre plus sensibles des conflits internes de spécialités. Ce risque nous semble préoccupant parce qu'il peut aussi freiner la participation des médecins, et plus particulièrement des chirurgiens, à la mise en œuvre effective de la réforme. Les habitudes « indépendantistes » du corps médical risquent de ne pas faciliter la « pénétration » de cette activité ; l'introduction laborieuse du PMSI (Dubois-Lefrère et Coca, 1992) en est une illustration. Dans notre cas, l'équipe de chirurgiens se trouve confrontée à cette problématique. En second lieu, la T2A devrait « logiquement » entraîner une diminution du pouvoir de la direction administrative. Habitué, traditionnellement depuis le budget global, à distribuer sur décision presque unilatérale, les enveloppes de la dotation globale entre les différents services, le Directeur sera dorénavant hors du processus de production directe de valeur ajoutée et de chiffre d'affaires. Au sein de l'hôpital de notre cas, des messages relayés à tous les niveaux vont dans ce sens : *« Ce sont les services et les producteurs de soins qui rémunéreront désormais la direction administrative »*. Cette nouvelle logique renforce le pouvoir médical, en diminuant celui de l'Administration. Pour « rééquilibrer » la situation, on pourrait voir apparaître, du côté des directions administratives, un management par les chiffres, voire un chantage aux chiffres.

- **Logique de coopération inter-établissements**

La logique de coopération doit également s'entendre au niveau du bassin de santé et donc à **l'extérieur des frontières de l'hôpital**. En effet, dans le cadre de la « simplification sanitaire » (ordonnance du 4 septembre 2003), les hôpitaux seront amenés à coopérer avec d'autres établissements. La planification est recentrée sur les schémas régionaux (SROS) qui seront élaborés en fonction d'une appréciation géographique des besoins en activité de soins par **bassin de vie**. Cette coopération se traduit, par exemple, par la contribution de certains médecins à l'activité d'un autre établissement. Les règles de fonctionnement n'étant pas les mêmes d'un établissement à l'autre, cela crée des difficultés internes, notamment pour les

personnels administratifs chargés d'accueillir ces médecins « extérieurs » et pour les soignants travaillant avec eux. Le service de chirurgie de l'hôpital étudié accueille des chirurgiens spécialistes d'un autre établissement du territoire, ce qui crée des difficultés de gestion : *« Les secrétaires et les infirmières craquent parce que les médecins de l'autre hôpital ne se plient pas à nos modes de fonctionnement internes, notamment concernant l'alimentation de l'information médicale. On perd un temps fou et ce n'est pas facile d'imposer quoi que ce soit ».*

La difficulté de cette coopération inter-établissements semble provenir de la peur de la **dépendance**. En effet, celle-ci tend à éroder la « confiance et l'engagement mutuels, et l'absence de ces liens sociaux menace le fonctionnement de toute entreprise collective » (Senett, 2000, pp. 200-201). De plus, d'une manière générale, les médecins ne développent pas facilement un sentiment d'appartenance à leur établissement de rattachement ; celui-ci sera d'autant moins fort que ce ne sera justement pas « leur » établissement. Cette logique sous-entend que les établissements coopèrent intelligemment et aient envie de coopérer au-delà de l'injonction de la loi. Or, il est clair que cette coopération est aussi une forme de **concurrence** inter-hospitalière...

2.2.3. La mission publique d'intérêt général : vers une privatisation du système ?

Les réformes du Plan « Hôpital 2007 » modifient pratiquement le droit hospitalier (Clément et al., 2004). Les acteurs sont inquiets quant à la fermeture de certains services, d'établissements, voire quant à la **privatisation** du système de santé. Ce phénomène est largement relayé par les médias et les vives critiques dont fait l'objet la réforme.

Notre étude porte sur un établissement dit de proximité, ce qui le place dans une situation inconfortable par rapport aux grands ensembles hospitaliers. Cet établissement a vu, au début des années 2000, la fermeture de sa maternité pour un rapprochement de cette activité avec le centre hospitalier public du même territoire. Les pratiques de fermeture progressive de services ne représentent pas un risque imaginaire, ni un fantasme monté de toutes pièces par les défenseurs du service public. Nombre d'établissements de proximité ont disparu en France après avoir vu leur maternité fermer. Les risques de création de « déserts sanitaires » sont évoqués. Les paris sont donc ouverts et chacun y va de sa prédiction. Ces supputations créent une forme de **résistance** et de **blocage** chez certains acteurs qui ne voient dans la T2A qu'un moyen détourné de privatiser le système de santé. Ce discours est illustré par des comparaisons entre clinique privée et établissement public : l'établissement public qui accueille sans distinction tout type de chirurgie, programmée ou non, dans tous les domaines d'activité chirurgicale, sera obligé d'avoir des infrastructures beaucoup plus coûteuses qu'une clinique privée spécialisée dans une activité donnée, s'il veut assurer ses missions de service public. Dans ce cadre, la fixation d'un tarif unique (GHS) pour un type de chirurgie donnée est considérée comme avantageuse pour la clinique privée, au détriment de l'hôpital public.

La mission publique d'intérêt général, qui fonde les croyances des acteurs hospitaliers, leur apparaît compromise, certains n'hésitant pas à parler de « fossoyeurs » de l'hôpital public. Cet impact rejoint celui concernant la mission sociale de l'hôpital : l'hôpital public devra-t-il sélectionner sa clientèle, « en choisissant des soins rentables au détriment des activités jugées non rentables » (Grimaldi, 2005, p. 47) ?

Cette crainte est renforcée par le fait que la principale source de dépenses des hôpitaux publics est constituée des frais de personnel, qui représentent 75 à 80% du budget des établissements. Les risques de **réductions d'effectifs** constituent un facteur complémentaire de distorsion du lien social à l'hôpital. Le sujet est d'autant plus sensible que l'hôpital est bien

souvent le premier employeur d'une commune. Ces situations créent aussi chez les soignants un sentiment de « paupérisation des soins » (Tedesco, 2005), considérant qu'ils partagent la « pénurie » des moyens humains depuis des années. Cette perception de l'avenir peut engendrer soit une véritable dynamique de changement chez les acteurs, soit, au contraire, un désengagement, sous le prétexte que « tout est déjà joué » et que la réforme est un avant-goût de la privatisation des hôpitaux. Dans notre étude, les deux types de réactions cohabitent : certains s'investissent et ont compris que leur travail avait une valeur qui permettait de créer les finances à venir et de rendre l'organisation maîtresse de ses ressources ; d'autres se sentent remis en question et préfèrent résister.

Pour les équipes administratives, les inquiétudes concernent précisément les déficits budgétaires : elles s'engagent donc dans une stratégie de **restrictions** des investissements, de la formation, du personnel et des dépenses médicales et pharmaceutiques. Cette politique provient aussi de l'absence de lignes claires concernant le financement des missions d'intérêt général (MIGAC) pour les plus petits établissements. Si les MIGAC concernent directement les centres hospitalo-universitaires (CHU), ces missions de recherche et d'enseignement n'existent pas au sein des autres établissements. Cela signifie-t-il que ces hôpitaux, à l'instar de celui étudié, ne percevront aucun financement par dotation pour des missions d'intérêt général ? Pour faire face à ce flou, les plus petites structures adoptent des politiques de restriction budgétaire (à toutes fins utiles...) qui se répercutent sur le moral et l'engagement des acteurs hospitaliers, notamment des cadres soignants.

Enfin, il nous semble important de relever deux points de difficultés liées à la **responsabilité financière et juridique** des acteurs et des établissements de santé dans le cadre du nouveau mode de financement. Pour la première, comme nous l'avons souligné dans la présentation de la réforme, la loi prévoit des sanctions en cas d'erreurs pouvant donner lieu à des pénalités financières. Celles-ci apparaissent, aux yeux des acteurs, comme une injustice au vu de la mission de service public de l'hôpital. Par ailleurs, la responsabilité juridique du médecin se verra renforcée, ce qui le place dans une situation inconfortable. La relation hippocratique d'ascendance du médecin sur son patient se transforme peu à peu en une relation contractuelle, laissant place à une « vision commerciale de la santé » (Krief, 2004, p. 966). Pour les chirurgiens du cas étudié, cette responsabilité accrue tend à positionner l'acte médical, et notamment chirurgical, comme un « acte de consommation », sous-entendant non plus une obligation de moyens, mais une obligation de résultats. Plusieurs collectifs de médecins ont déjà dénoncé cette évolution à l'occasion de l'adoption de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi Kouchner). Celle-ci ouvre une nouvelle ère dans les relations entre patient et médecin : celle du « soupçon », du patient consommateur de soins et acteur décidé de son destin médical (Sofcot, 2003).

CONCLUSION

Réformer est le *credo* des gouvernements français depuis près de vingt ans. Après guerre, on a reconstruit, après crise économique, on a géré l'urgence, désormais on réforme. Ce verbe traduit politiquement cette fameuse « volonté de changement dans la continuité »... Il s'agirait d'avancer sans bousculer, sans détruire les acquis. Les réformes sont souvent aussi à l'origine de la chute d'équipes gouvernementales ou de départs précipités de certains de leurs membres. Sur la réforme, on écrit des livres, des articles destinés à cerner cette particularité française, cette **réticence têtue au changement**. Les acteurs économiques français seraient intrinsèquement rétifs aux modifications de fonds, à l'ébranlement des structures mises en place au temps regretté de l'Etat Providence, Etat protecteur des intérêts communs aux citoyens – école, santé, justice, armée... Eternelle opposition donc entre l'« économique-libéral

destructeur » et le « social gardien » des fondamentaux républicains. Bref, il faut au législateur beaucoup de prudence pour procéder aux avancées nécessaires au maintien d'une viabilité financière des systèmes de socialisation des risques et besoins élémentaires, qualifiés par les apôtres du changement d'archaïques – les « mammoths » ne sont jamais loin... Le premier devoir des rédacteurs des textes est ainsi de convaincre que l'essence même desdits systèmes ne sera pas changée, qu'il est hors de question de « toucher » aux principes fondateurs, immédiatement mis en avant par les détracteurs dont les voix s'élèvent avant même le passage de l'épreuve pratique.

La réforme du financement des structures de soins n'a pas échappé à ce regard clivé. D'un côté, les gestionnaires partisans de la rationalisation des dépenses, de l'autre, les idéalistes, vigies attentives à maintenir un service public digne de ce nom^{viii}. Nous pouvons peut-être voir dans cette logique d'« affrontement » une illustration de l'opposition entre « monde sensible » (reflets) et « monde intelligible » (réalités) décrite par Platon. Comme souvent, une donnée seule échappe à la discussion. Même les contemplateurs de cette réforme admettront aisément que le système de la dotation globale avait atteint ses limites. La T2A apparaît comme un moyen de responsabiliser les équipes dans l'utilisation des **deniers publics** et donc d'initier un processus de maîtrise des dépenses de santé.

Notre contribution aura établi que l'introduction de cette logique économique à des effets non négligeables sur le lien social, remettant en question les logiques d'appartenance à un groupe social et d'attachement à une mission sociale particulière. Il semble donc important, au-delà du système technique de financement et de la logique de contrôle de gestion hospitalier, d'analyser et de comprendre les préoccupations sociales des acteurs, désorientés par l'enjeu et l'assemblage des composantes de la réforme (Piquemal et Fritz, 2005). Les effets sociaux de la réforme ne sont pas insurmontables et peuvent encore être pris en compte par un accompagnement des équipes hospitalières. Il convient d'instaurer, en lieu et place d'un monologue, un vrai **dialogue équitable** entre tutelles et établissements. La réforme restera lettre morte si elle n'est pas relayée et mise en œuvre concrètement au sein des équipes. Il n'est plus possible de commander les hommes dans leur mission « en s'appuyant sur l'injonction, la contrainte et la soumission » (Le Goff, 2000 [1996], p. 40). Aujourd'hui, la réforme du financement des établissements de santé est ressentie comme un « instrument » de surveillance et de réduction des moyens. Imposer peut être la première phase, accompagner et créer une vraie contractualisation avec les hôpitaux, impératifs nécessaires à l'atteinte des objectifs finaux, devrait être la seconde. Sur ce point, il s'agirait d'envisager un « contrôle qui maintienne et développe l'investissement personnel de l'acteur » (Gervais et Moreau, 2004, p. 44) pour le replacer au cœur du système.

Réformer est souvent une intention, parfois une ébauche, rarement un acte achevé. S'il est vrai qu'« on ne change pas la société par décret » (Crozier, 1979), et qu'on ne pourra transformer efficacement l'hôpital public « à coups de réformes » – de Kervasdoué parle à cet égard d'« incontinence juridique » (2005 [2004], p. 48) – il est encore temps de prendre des mesures propres à donner corps au mot et à redonner confiance aux personnels hospitaliers, principaux acteurs du changement. Il en va ici, même si la formule est galvaudée, de la survie d'un système peut-être en voie de... réformation !

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM P. et HERZLICH C. (2004), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin.
- AUBY J.-B. (1998), « Fonction publique hospitalière », Fascicule 192, Editions du Juris-Classeur, 39 p.
- AXELROD R. (2006), *Comment réussir dans un monde d'égoïstes. Théorie du comportement coopératif*, Odile Jacob, 1^{ère} édition pour la traduction française, 1992, édition originale, 1984.

- AXELROD R. et COHEN M.D. (2001), *Réussir dans un monde complexe*, Odile Jacob.
- BARTHELEMY J. (1993), « Organisation hospitalière. Principes généraux », Fascicule 229-1, Editions du Juris-Classeur, 25 p.
- BAVAREZ N. (1997), *Les trente piteuses*, Flammarion.
- BESNARD P., VOGT P. et BORLANDI M. (1994), *Division du travail et lien social. Durkheim un siècle après*, PUF.
- BINSWANGER L. (1988), *Mélancolie et manie*, PUF.
- BONNICI B. (1997), *La politique de santé en France*, PUF, 2^{ème} édition corrigée, 1^{ère} édition, 1993.
- BOUDON R. (2004), *Pourquoi les intellectuels n'aiment pas le libéralisme*, Odile Jacob.
- BOUVIER P. (2005), *Le lien social*, Gallimard, Collection Folio Essais.
- BOWLBY J. (1978), *L'attachement*, PUF.
- BRUCKNER P. (1995), *La tentation de l'innocence*, Grasset / Le Livre de Poche.
- BRUNSSON N. (1986), « Organizing of Inconsistencies : On Organizational Conflict, Depression and Hypocrisy as Substitutes for Action », *Scandinavian Journal of Management Studies*, pp. 65-85, cité par T. Nobre (2001).
- CECCALDI D. (1997), *Les institutions sanitaires et sociales*, Editions Foucher, 12^{ème} édition prenant en compte les réformes de 1996.
- CLAVERANNE J.-P. (1996), « Le management par projet à l'hôpital », *Revue Française de Gestion*, « Dossier : Hôpitaux : vous avez dit gestion ? », n°109, juin-juillet-août, pp. 103-113.
- CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C. (2004), *Repenser les processus à l'Hôpital. Une méthode au service de la performance*, Médica Editions.
- CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C. (2005), « T2A et gestion hospitalière. La physiologie du moment », *Revue Gestions Hospitalières*, n°449, octobre.
- CLÉMENT G. (2004), « Mise en place d'un contrôle de gestion à l'hôpital. Expérimentation socio-économique dans un service clinique », Mémoire de 3^{ème} cycle, Université Jean Moulin Lyon 3 et Université Claude Bernard Lyon 1.
- CLÉMENT J.-M., CLÉMENT C., DUPUY O. et PELJAK (2004), (sous la direction de), *Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier*, 2^{ème} édition, Les Etudes Hospitalières.
- COCA E. (1995), *Les inégalités entre hôpitaux. Obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières*, Berger-Levrault.
- COHEN E. (1997), « Epistémologie de la gestion », Encyclopédie de gestion (sous la direction de Y. Simon et P. Joffre), 2^{ème} édition, Economica, pp. 1158-1178.
- CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. (1996), « L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre », in *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, (coordonné par A.-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand), John Libbey Eurotext, pp. 3-18.
- CRÉMADEZ M. et GRATEAU F. (1992), *Le management stratégique hospitalier*, InterEditions.
- CROZIER M. (1979), *On ne change pas la société par décret*, Grasset.
- CUCCHI M. et DELAETER B. (1997), « Ménager la complexité de l'hôpital : la démarche stratégique au cœur de la dialectique entre l'action et sa représentation », Colloque de l'IAE, *Constructivisme(s) et sciences de gestion*, Lille, octobre, pp. 467-480.
- DENIEUIL P.-N. (1998), *Lien social et développement économique*, Editions L'Harmattan.
- DUBOIS-LEFRERE J. et COCA E. (1992), *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*, Berger-Levrault.
- DURKHEIM, E. (1893), *De la division du travail social*, Alcan, PUF.
- EBER N. (2004), *Théorie des jeux*, Dunod.
- GERVAIS M. et MOREAU A. (2004), « Le vécu du contrôle de gestion dans les organismes de sécurité et de défense. Une analyse au travers de la perception des contrôleurs », *Revue Sciences de Gestion*, n°43, pp. 17-48.
- GRIMALDI A. (2005), *Réinventer l'hôpital public. Contre l'hôpital entreprise*, Les Editions Textuel, Collection « La Discorde ».
- GUYOT J.-C. (1982), *Quelle médecine pour quelle société ?*, Editions Privat.
- HART J. et MUCCHIELLI A. (1994), *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de choc*, Editions Lamarre.
- HATCHUEL A. et WEIL B. (1992), *L'expert et le système*, Economica.

- IBORRA M. et JOHANET S. (1989), « Contraintes économiques : une chance pour l'hôpital », in *L'hôpital à vif. L'état des lieux* (sous la direction de A. Houdy et M. Crépu), Editions Autrement, n°109, pp. 75-78.
- IGALENS J. et ROUSSEL P. (1998), *Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines*, Economica.
- IMBERT J. (1994), *Les hôpitaux en France*, PUF, 6^{ème} édition mise à jour, 1^{ère} édition, 1958.
- IMBERT J., MOLLAT M., GUTTON J.-P., RAYNAUD P. et VEYRET L. (1982), *Histoire des hôpitaux en France*, Editions Privat.
- JONCOUR Y. (1996), « L'évolution des situations budgétaire et financière des établissements hospitaliers de taille moyenne au cours des années 1980 », in *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, (coordonné par A.-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand), John Libbey Eurotext, pp. 65-82.
- KERVASDOUÉ J. de (2005), *L'hôpital*, 2^{ème} édition mise à jour, 1^{ère} édition, 2004.
- KRIEF N. (1999), « Les pratiques stratégiques des organisations sanitaires et sociales de service public. Cas d'expérimentation », Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon 2.
- KRIEF N. (2004), « Essai de rapprochement de la recherche en médecine et en gestion. Le cas de la recherche appliquée », 1st International Co-sponsored Conference Research Methods Division, Academy of Management, Lyon, march, pp. 951-970
- LE GOFF J.-P. (2000), *Les illusions du management. Pour le retour du bon sens*, La Découverte / Poche, 1^{ère} édition, 1996.
- LOUVARIS A. (1996), « Etablissements publics de santé. Structure et fonctionnement », Fascicule 229-20, Editions du Juris-Classeur, 4 p.
- Ministère de la santé et de la protection sociale (2004), « Anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière », Rapport d'étape : résultats de l'audit des établissements « anticipateurs », Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH), juin, 29 p.
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (2003), Mission « Tarification à l'Activité », « La tarification à l'activité. Modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre », Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Direction de la Sécurité Sociale, Document d'information, octobre, 52 p.
- MINTZBERG H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les Editions d'Organisation, 1^{ère} édition, Prentice Hall, 1981.
- MOISDON J.-C. et TONNEAU D. (1999), *La démarche gestionnaire à l'hôpital. 1 : Recherches sur la gestion interne*, Seli Arslan.
- NAIDITCH M. et MOSSÉ P. (2005), « Financement T2A : quel modèle de la performance de l'hôpital ? Réflexion sur le sens d'une réforme », *Revue Gestions Hospitalières*, n°450, novembre.
- NOBRE T. (1998), « Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital », 14^{èmes} Journées Nationales des IAE, Nantes, Presses Académiques de l'Ouest, pp. 559-576.
- NOBRE T. (2001), « Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif », *Revue Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 7, Vol. 2, novembre, pp. 125-146.
- OLSON O. (1985), « Quasiplanning and Blind Control », Working Paper, Dept of Business Administration, University of Gotenburg, cité par T. Nobre (2001).
- PAULY M.V. (1980), *Doctors and their workshops : Economic models of physician behaviors*, The University of Chicago Press.
- PERRIER L. (2001), « Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en cancérologie pédiatrique », Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon 2.
- PERRIER L. et PHILIP T. (2004), « Réforme de la tarification à l'activité et opportunisme des établissements de santé : l'enjeu du concept de trajectoire patient », *Revue d'Economie Politique*, n°114, pp. 417-438.
- PERRIER L., BORELLA L. et PHILIP T. (2003), « Le coût du cancer en France : approches macro et micro économiques, évolution vers la tarification à l'activité », *Bulletin du Cancer*, Volume 80, n°11, novembre, 7 p.
- PIAGET J. (1967), *Logique et connaissance scientifique*, Encyclopédie de la Pléiade, Gallimard.
- PIQUEMAL A. et FRITZ A. (2005), « L'enjeu de la réforme à l'hôpital », *Revue Gestions Hospitalières*, n°449, octobre.

- PLATON (édition de 1981), *La République – Livre VII*, Nathan, Les Intégrales de Philo.
- République Française (2003), « Plan Hôpital 2007 », Présentation des mesures, Dossier de presse, juin, 13 p.
- SAULQUIN J.-Y. (1997), « Le manager face à la crise : à la recherche de l'efficacité dans les établissements de soins », 8^{ème} Congrès de l'AGRH, Montréal (Canada), pp. 537-549.
- SAVALL H. et ZARDET V (2004-a), *Recherche en sciences de gestion. Approche qualimétrique*, Economica.
- SAVALL H. et ZARDET V. (2004-b), « Théorie et moyens de la gouvernance des systèmes complexes », 1^{ère} Conférence de Consensus en Economie de la Santé, « Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique », Paris, décembre, SFES et ANAES, pp. 55-76.
- SENETT R. (2000), *Le travail sans qualités. Les conséquences humaines de la flexibilité*, Editions 10/18.
- SIMMEL G. (2003), *Le conflit*, Circé-Poche, 1^{ère} édition, 1912.
- SOFCOT (Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique) (2003), « Patients et Chirurgiens : mieux gérer le rapport de confiance », Dossier de presse, novembre, 15 p.
- TCHOBROUTSKY G. et WONG O. (1995), *La santé*, PUF.
- TEDESCO G. (1998), « L'hôpital et son projet d'établissement. Modèle d'évolution intégré et modèle de solution. Analyse comparative de deux expériences de gestion », Thèse de Doctorat, Centre de Recherche en Gestion, Ecole Polytechnique.
- TEDESCO J. (2005), « Il faudrait réfléchir à la création de territoires de santé », *Le Monde*, 15 février.
- THUDEROZ C. (2000), *Négociations. Essai de sociologie du lien social*, PUF.
- WATZLAWICK P. (1972), *Une logique de la communication*, Editions du Seuil.
- WEBER M. (1963), *Le savant et le politique*, Editions 10/18, 1^{ère} édition, Plon, 1959, 1^{ère} publication, 1919.
- YIN R.K. (1984), *Case Study Research. Design and Methods*, Sage Publications.

Notes

- i. Dans son ouvrage *De la division du travail social* (1893), Emile Durkheim considère que les sociétés modernes, au sein desquelles règne la division du travail, ne peuvent connaître qu'une solidarité de coopération, de collaboration : les individus s'y sentent solidaires parce qu'ils dépendent les uns des autres pour la satisfaction complète de leurs besoins. Il définit cette solidarité comme étant une « solidarité organique ».
- ii. Voir notamment les travaux du GRESAC sur le coût du cancer en France.
- iii. Pour rappel, le maire est le « président-né » du conseil d'administration de l'hôpital de sa commune.
- iv. Loi du 19 janvier 1983, complétée par le décret du 11 août 1983 et par les lois du 2 décembre 1985 et du 31 décembre 1986.
- v. A titre d'illustration, en 1982, le financement des hôpitaux publics et privés représentait environ 142 milliards de francs (21,7 millions d'euros), soit plus de la moitié des dépenses totales de santé.
- vi. Actuellement, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent environ 20% de la population totale française et en constitueront le tiers en 2010.
- vii. La circulaire du 13 février 2004 définit le « conseil exécutif » comme une instance paritaire présidée par le Directeur, qui associe les praticiens désignés par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et les membres de l'équipe de direction autour de la préparation de l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens.
- viii. En 2005, nous avons recensé sur Internet des centaines d'articles, commentaires, tracts, appels à mobilisation... contre la nouvelle réforme. A titre d'exemple, nous en reprenons, ci-après quelques-uns : « Vers l'hôpital entreprise », « Hôpital 2007 : la fin programmée de l'hôpital public », « Quel avenir pour notre santé ? », « Avec le plan Hôpital 2007, on va vers une poursuite de la dégradation », « Hôpital 2007 : refuser en bloc ! », « Grève et grogne contre le plan Hôpital 2007 », « L'hôpital mourra de ses remèdes », « Hôpital public : stopper son démantèlement, financer son développement », « Hôpital 2007 : le loup dans la bergerie ! », « L'hôpital est malade ? Qu'on le saigne ! »...