

Séminaire DREES
« Les modes incitatifs de rémunération des soins »
Première session – mardi 29 novembre 2011

Schéma de l'intervention de Jean-Claude Moisdon

Économie, organisation, hôpital

- 1) On part de la proposition de Carine Franc (voir planches correspondantes) signalant que l'hôpital est le seuil de multiples relations d'agence. Ce qui est vrai, mais pourrait laisser penser que l'on peut du coup raisonner comme on l'a fait dans le cadre du médecin libéral et du modèle principal-agent. Le fait de passer à une organisation n'ajouterait ni ne retrancherait rien. Or, une telle position mérite d'être questionnée : l'agent comme organisation et non comme individu ajoute des problèmes, qui ne sont pas seulement de l'ordre de l'irruption de la « vraie vie », mais constituent de véritables problèmes théoriques.
- 2) D'ailleurs ces problèmes théoriques avaient été parfaitement vus par l'école des économistes des coûts de transaction (Coase, Williamson..), qui, en quelque sorte, ont fait naître l'organisation du marché : c'est à partir des coûts liés aux transactions se déroulant dans le cadre de ce dernier (coûts de contrôle, incertitudes, opportunités..) que les agents peuvent préférer entrer dans des relations hiérarchiques, par lesquelles, dans un espace limité, un acteur prescrit l'action d'un autre (et ne se contente pas de lui proposer un prix de prestation). Ces travaux ont ainsi rétabli l'épaisseur organisationnelle de l'entreprise, alors qu'elle était confondue avec un acteur-point dans l'équilibre walrassien, optimisant un surplus avec les contraintes d'une fonction de production.
- 3) Mais la figure majeure qui a succédé à ces apports théoriques est restée celle des contrats, certes incomplets - glissement important par rapport à la théorie de l'agence – mais qui en quelque sorte aboutissent de nouveau à l'évanouissement de l'organisation, à son remplacement par une succession d'acteurs-points engagés dans des contrats bilatéraux (le directeur de l'hôpital avec les chefs de pôle, les chefs de pôle avec l'imagerie ou les laboratoires, etc.). Les économistes des coûts de transaction, d'un certain point de vue, ont eux-mêmes limité la portée de leur critique du marché pur en insistant sur le terme de hiérarchie. Il faut au contraire étendre la nature même du système de relations et constater par exemple que le marché devient très compliqué quand la production d'un bien ou d'un service requiert la mobilisation de nombreuses activités spécialisées fortement inter reliées et en situation, non de prescriptions des uns aux autres, mais de prescription

réciroque ; c'est alors que l'intégration de ces activités dans une espace réglé devient nécessaire.

- 4) Illustrons ce propos à partir de l'hôpital français et de la T2A. Soulignons d'abord que le modèle de financement actuel est directement inspiré d'un résultat issu de la théorie de l'agence. On démontre en effet que lorsqu'un principal est confronté non à un agent mais à plusieurs, à qui l'effort demandé concerne le coût d'une prestation (la même d'un agent à l'autre), une rémunération de ces agents conduisant à un coût collectif minimal est constituée par la moyenne des coûts constatés. En France on ne mesure pas ce coût moyen sur l'ensemble des hôpitaux, mais on l'approche par le dispositif de l'Etude Nationale de Coûts (ENC). Le fait qu'une hypothèse importante est l'homogénéité du produit d'un agent à l'autre entraîne spontanément, d'une certaine façon, l'utilisation d'une classification médicale telle le PMSI, le raisonnement précédent s'appliquant aux GHS, pris un à un. On a là un exemple fort intéressant d'une évolution générale des représentations des acteurs de l'administration en charge de la santé, à partir des années soixante-dix, ces représentations se chargeant progressivement des préceptes et des idées de l'économie néo-libérale qui se développait alors vigoureusement. Il ne s'agit pas évidemment d'une application au sens propre du terme, ces modèles constituant des idéaux-types n'ambitionnant pas le réalisme, mais plutôt « l'inspiration de l'action ».
- 5) En France donc, depuis 2004, les établissements de santé voient leurs séjours rémunérés par des forfaits, les tarifs GHS, en principe proches des coûts moyens de l'ENC. Comme il est présumé que ces établissements ne font pas l'effort nécessaire pour optimiser leurs coûts, les tarifs des GHS constituent des incitatifs les amenant à le faire, ce qui devrait permettre par ailleurs de financer l'innovation médicale, par résorption des zones de sous-productivité.
- 6) Dans le cadre de « l'entreprise vue comme nœuds de contrats », ce dispositif de financement externe se décline en interne, par exemple sous une forme copiant ce même dispositif par des comptes de résultat par pôle : on calcule les recettes de ce pôle grâce aux tarifs GHS et l'activité du pôle ; par une comptabilité analytique calquée sur celle de l'ENC on peut estimer ses dépenses directes et indirectes. Par différence, on a le résultat économique du pôle, sa contribution à celui de l'établissement. Un contrat est passé entre la direction et le pôle, spécifiant un objectif d'amélioration du résultat.
- 7) Ces mécanismes, on le sait, ont suscité beaucoup de craintes autour du thème princeps de l'économie, à savoir celui des comportements opportunistes : sélection des patients, surcodage, baisse de la qualité des soins, augmentation de l'activité .. Les études en la matière présentent des résultats plutôt ambigus, sans netteté

patente (sauf pour l'activité, qui a en effet augmenté, on y reviendra), ce qui montrerait que ce que Carine Franc a appelé les « motivations intrinsèques » agissent particulièrement pour les professionnels de soins hospitaliers (mais est-ce vraiment étonnant ?).

- 8) En fait c'est plutôt l'objectif même du dispositif, c'est-à-dire l'incitation à l'efficience productive, qui semble problématique lorsque l'on observe de l'intérieur l'évolution actuelle des établissements. Pourquoi ?
- 9) Pour que le mécanisme contractuel fonctionne, il faut que : a) l'agent trouve son compte dans ce que lui propose le principal b) le signal adressé aux agents soit suffisamment clair pour spécifier les situations d'efficience ou d'absence d'efficience b) l'agent ait des capacités d'action suffisantes pour orienter le fonctionnement dans le sens voulu. Or ces trois conditions ne sont pas sans poser problème *a priori*, à des degrés divers, dans un établissement de santé (on les classera ci-dessous par degrés de préoccupation croissants, du point de vue de l'auteur).
- 10) Souci motivationnel : concernant l'intérêt à agir de l'agent, on retrouve là une spécification essentielle de l'organisation professionnelle, vue par la théorie des organisations. Elle renvoie aux motivations intrinsèques, évoquées ci-dessus, ou encore au « professionnel à clientèle », vu par le sociologue américain Freidson. Pour le médecin, le champ de légitimation essentiel est celui de son patient hic et nunc, pris séparément des autres, et de l'ensemble des contingences qui l'entourent. Ce médecin n'est en rien intéressé par le fait que le parcours de ce patient va se mélanger de façon confuse avec ceux des autres, relevant de ses collègues ou de lui-même. Cette singularité organisationnelle, que l'on peut préciser (cf. ci-dessous) a fait dire à certains spécialistes (Mintzberg) que l'hôpital est non réformable. Ils sont sans doute allés un peu loin dans leur volonté de trouver du dur dans le mou du social, et de tirer des caractéristiques permanentes de l'activité de certaines organisations des lois à peu près aussi tyranniques que celle de la pesanteur, même si l'essentiel du présent exposé vise à attirer l'attention sur la solidité des obstacles que ces caractéristiques peuvent opposer à la réforme. En l'occurrence, l'hôpital n'est pas le seul exemple d'acteurs aux champs de légitimité pluriels, et si la variable professionnelle y est particulièrement forte, on l'a vue déjà se combiner ces dernières années avec d'autres logiques d'action (notamment la logique économique, qui n'est pas si absente que cela de l'habitus médical).
- 11) Souci instrumental : concernant à présent le signal que l'on adresse à l'agent, dans la théorie de la concurrence fictive, ce qui est observable est le coût. Pour le gestionnaire, il s'agit là uniquement d'un concept. La nécessité de le traduire en une forme opératoire et chiffrée ouvre à une nouvelle aventure intellectuelle. En effet, le

coût d'un bien ou d'un service n'existe pas ; on peut en calculer plusieurs, selon les conventions de manipulation dans le temps et dans l'espace que l'on fait subir aux ressources engagées. Il convient d'ajouter à cela un certain nombre d'aléas dans la constitution du signal (pour la T2A par exemple les biais d'échantillonnage de l'ENC ou encore la variabilité intra-GHM, qui joue beaucoup plus en interne qu'en externe) pour anticiper un défaut de netteté du signal, compte tenu des objectifs qu'on lui assigne (rappelons que dans un hôpital un déficit de 3% entraîne un profond désarroi). Encore une fois ce problème, qui est celui de la traduction de concepts en règles opératoires, avant d'être évidemment un problème de la vraie vie, est un problème théorique (Jacques Girin disait qu'en matière de gestion, l'application relevait de la recherche fondamentale).

- 12) Souci organisationnel : l'hôpital est sans doute l'organisation la plus complexe qui soit. Si on la réduit en première approximation à son système de production on observe une confusion étonnante entre les opérateurs et le service méthode. Ce sont en effet les professionnels-exécutants qui définissent les parcours des patients, ce qu'on désigne par gammes dans les systèmes de production, indépendamment de toute prescription, et indépendamment également de leurs collègues. Ces trajectoires sont a) nombreuses (plusieurs dizaines de milliers par an dans un CH moyen) b) longues (nombre d'acteurs et de métiers intervenant) b) singulières et incertaines en temps et en ressources consommées (malgré un protocolisation croissante), c) interdépendantes d) nécessitant à la fois coordination (gestion des rendez vous) et coopération (discussions entre professionnels la nature de certaines étapes).

Par ailleurs, le travail est difficilement formalisable dans une optique taylorienne (excepté dans quelques zones techniques, comme l'imagerie), ainsi que le résultat de toute action de transformation, même si on le réduit à sa composante économique.

On retrouve là, mais sous une forme exacerbée, l'élément théorique du paragraphe 3), c'est-à-dire la problématique de la nécessaire intégration organisationnelle de processus coopératifs multiples. Le problème est que pour l'hôpital cette intégration n'est pas réellement organisée. S'il n'y a pas de service méthodes séparé des opérateurs, il n'y a pas du tout de service d'ordonnancement. Dans les faits, le fonctionnement quotidien se résout par la création de surcapacités (le slack organisationnel) et un mécanisme général d'ajustement mutuel (« ce malade, tu me le prends ou je me fâche ») se superposant à une multitude de règles (plus de quarante règlements de sécurité, d'après J. de Kervasdoué).

Devant une telle complexité, l'acteur réceptacle du signal incitatif a du mal tout d'abord à spécifier la situation même dans laquelle il se trouve, d'autant que le signal en question ne lui dit que très peu de choses à ce propos : un résultat global sur le sous-ensemble (pôle ou service) qu'il est censé piloter, mais rien sur la nature des multiples processus qui traversent ce même sous-ensemble. D'un point de vue organisationnel, on a moins une asymétrie d'information au bénéfice de l'agent face au principal qu'une symétrie d'ignorance pesant sur les représentations de l'un et de l'autre. On peut dire aussi, en reprenant la célèbre distinction durkheimienne, que l'incitatif économique sert essentiellement à distordre les solidarités mécaniques (identités de comportement au sein d'une communauté de pairs ou de métiers) dans le sens d'un référentiel de conduite – l'économique – peu présent a priori, mais est de peu de secours pour régler les problèmes redoutables posés par une solidarité organique de forte intensité (interdépendance coopérative de nombreux acteurs aux référentiels de conduite différenciés).

- 13) Cette situation n'a rien de fatal (la description ci-dessus est celle d'un idéal-type, à savoir ce que l'on peut dire d'un établissement de santé uniquement soumis aux forces liées à la spécification de l'activité), mais il faut s'en occuper, et ne pas se fier uniquement aux incitatifs issus de la T2A. Car ceux-ci sont certes astucieux et économes : adressant des signaux, ils n'entrent pas dans la boîte noire, jugée à juste titre trop complexe : que l'agent, une fois qu'il a reçu le signal, se « débrouille ». Oui, mais si l'agent ne sait pas comment faire, et si le signal ne lui dit rien à ce propos ? Le raisonnement de la boîte noire, d'une certaine façon, se retourne alors contre le principal, par l'intermédiaire de l'empêchement d'action de l'agent. Il faut donc compléter la T2A, mais par des dispositifs qui n'ont sans doute pas grand-chose à voir avec les incitatifs économiques (quels incitatifs sur les processus coopératifs ?).
- 14) Dernier point : il n'est pas étonnant que l'activité des établissements ait augmenté (paragraphe 7 ci-dessus), car, dans le brouillard, c'est la seule direction dont on est sur (au moins dans un premier temps) qu'elle est économiquement bénéfique. Plutôt que de diminuer les coûts (l'effort des théories économiques !), il vaut mieux par exemple stimuler les réseaux de recrutement externes à l'hôpital ou encore modifier marginalement l'offre.