

« La Théorie de la Bureaucratie à l'Hôpital »

Robert LAUNOIS ⁽¹⁻²⁾

Les colloques de l'INSERM – Conceptions, mesures et actions en santé publique
INSERM Vol. 104, 1981, pp. 625-652

⁽¹⁾ REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

⁽²⁾ UFR SMBH – Université de Paris XIII – 74 rue Marcel Cachin – 93017 BOBIGNY Cedex - Email : launois_ireme@smbh.univ-paris13.fr - Site web : <http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr>

Une démarche en trois étapes est proposée pour étudier le fonctionnement de l'hôpital public. Le rôle des structures juridiques dans la définition des objectifs poursuivis par une organisation sera dans un premier temps dégagé. Lorsque les individus ont le pouvoir, ils l'exercent à leur profit quelles que soient les finalités de l'institution qu'ils servent et ils l'exercent d'autant plus qu'ils en supportent moins les répercussions financières. On montrera en particulier que certaines formes de propriété se prêtent plus que d'autres à des phénomènes d'internalisation de pouvoir.

Pour qu'un pouvoir puisse s'exprimer dans un processus d'affectation des ressources encore faut-il qu'il trouve matière à s'exercer. On ne pourra donc utiliser la théorie des droits de propriété¹ pour expliquer la gestion de l'hôpital public qu'après avoir démontré dans une deuxième partie qu'il bénéficie d'une rente de monopole sur le marché des soins.

Enfin, la troisième partie sera consacrée à l'identification des différents partenaires qui seraient susceptibles de s'approprier le budget discrétionnaire dont dispose l'établissement.

1. LE RÔLE DU DROIT DANS LE FONCTIONNEMENT D'UNE ORGANISATION

L'hôpital public est un établissement public à caractère administratif. Le mobile de son activité ne peut être le profit. Personne n'y jouit donc d'un droit de propriété explicite sur le revenu résiduel (ou profit) que pourrait dégager l'institution. De ce point de vue, l'hôpital public s'apparente à un grand nombre d'institutions jouissant d'un statut semblable : associations, fondations, etc ... Si les administrateurs hospitaliers ne sont pas animés par le souci de maximiser la valeur actuelle de leur entreprise, quelle autre dynamique détermine leurs comportements ? Ou, ce qui revient au même, quel est le régime de gratifications et de sanctions qui oriente leurs choix ?

1.1 Le poids respectif des structures de marchés et des structures juridiques dans la définition des objectifs d'une organisation

Reconnaissons tout d'abord que le changement de cadre juridique n'entraîne pas inmanquablement des résultats différents. Une entreprise privée, une entreprise nationalisée ou un établissement public à caractère administratif immergé dans un environnement très concurrentiel ne peut échapper à la règle de l'efficacité pour survivre. La loi d'airain de la concurrence domine alors les contraintes juridiques.

Par contre, dans un monde moins concurrentiel, la possibilité de profits anormaux apparaît. L'environnement s'avérant moins contraignant, *les caractéristiques juridiques de l'organisation peuvent affecter les décisions relatives à sa production, aux coûts et aux prix.*

¹ Cf. sur la théorie des droits de propriété SIMON Y. et TEZENAS du MONTCEL H. : « *Théorie de la firme et réforme de l'entreprise* », Revue économique, Vol. XXVIII n° 3 (mai 1977). SIMON Y. : « *Commentaires sur l'article de D. PERE* », Vie et Sciences Economiques n° 76 Janvier 1978.

SIMON Y. : « *Le marché et l'allocation des ressources* » in L'économie retrouvée sous la direction de Rosa J.J. et Aftalion F. Economica, 1978.

BELANGER R. « *Mythe de la différence entre entreprise privée et publique* » Gestion hospitalière n° 203 Février 1980.

MIGUE J.L. et BELANGER G. « *Le prix de la santé* » Hurtubise HMH 1972.

Le concept de droit de propriété a été défini très clairement dès 1945 par J. RUEFF dans « *L'ordre social* » Tome I Sirey Paris, p. 80-82.

Le théorème le plus élémentaire mais le plus fécond de la théorie économique nous apprend que tout individu agit en fonction de son propre intérêt, ce que nous traduisons dans notre vocabulaire d'économiste en disant qu'il s'efforce de maximiser son utilité². Cela ne veut pas dire qu'il soit égoïste ou mû exclusivement par son intérêt personnel étroitement conçu. Cela signifie simplement qu'il ne prend ses décisions qu'après avoir comparé tous les inconvénients et les avantages d'une action quelconque.

Se prononcer sur la rationalité du comportement d'un individu en ne prêtant attention qu'aux bénéfices monétaires qu'il retire directement de son activité mutile la réalité car on néglige les bénéfices psychiques qui plus que tout autre contribuent au bonheur de chacun. On utilisera donc une fonction d'utilité généralisée dont les arguments seront les revenus monétaires qu'il perçoit en contrepartie de ses prestations productives et les revenus non pécuniaires qu'il retire de son activité professionnelle. Ces revenus sont plus ou moins substituables et s'il est impossible de déterminer la valeur d'échange de chacun d'eux, on peut par contre déterminer leur coût d'option, c'est-à-dire ce que l'on doit sacrifier en retour lorsqu'on choisit d'acquérir l'un d'eux. Si le coût d'option diminue, la demande augmentera et réciproquement. Nous n'avons ici qu'une application particulière de la loi fondamentale de la demande qui nous apprend que la baisse des prix s'accompagne d'une augmentation des quantités demandées.

Toute modification institutionnelle qui est susceptible de modifier le terme de l'échange entre les deux arguments de la fonction d'utilité aura des répercussions sur la consommation de l'un d'entre eux. Dès lors qu'un changement de structure juridique allège ou supprime le contrecoup financier des décisions prises par un décideur, rien ne lui interdit de privilégier les objectifs de son choix quelle que soit la finalité de l'organisation pour laquelle il travaille. Pour en être convaincu, il suffit d'analyser ce qui se produit lorsqu'on examine diverses formes d'entreprises caractérisées par une atténuation progressive des droits de propriété.

1.2 Sociétés anonymes et négligence organisationnelle

1.2.1 La transformation de l'entreprise capitaliste

Au fur et à mesure que les sociétés se sont adressées à des couches d'épargnants de plus en plus nombreuses, les actionnaires se sont désintéressés de la gestion de l'affaire. Ils n'ont plus paru dans les assemblées générales, leur absence s'expliquant autant par leur absence de compétence que par le but de placements qu'ils poursuivaient en souscrivant des actions. L'actionnaire avec sa responsabilité limitée au montant des apports a moins la mentalité d'un associé que celle d'un bailleur de fonds et sa situation a fini par se rapprocher de celle d'un obligataire. La direction de l'entreprise s'est concentrée entre les mains de dirigeants qui n'ont pas investi de capitaux dans la société mais dont les compétences techniques sont indispensables à la réussite de celle-ci. Compte tenu de l'importance considérable du management dans les décisions qui affectent la firme, ce n'est pas à l'entreprise, personne abstraite, qu'il faut assigner une motivation pour expliquer son comportement, mais bien à la direction.

² Pour éviter d'utiliser une telle terminologie des auteurs marxistes préfèrent évoquer les fonctions latentes qui sont associées à côté des fonctions manifestes à certaines catégories de dépenses. Cf. DE LAVERGNE Economie politique des équipements collectifs. Economica 1979 p. 197 : « Bien souvent, les fonctions manifestes de l'équipement sont mises en avant par des décideurs qui en attendent en fait des bénéfices d'une autre nature plus ou moins voilée, plus ou moins avouable ». Le changement de vocabulaire ne doit pas masquer la réalité du type de comportement évoqué.

1.2.2 Internalisation du pouvoir

Lorsque la propriété et la gestion étaient confondues entre les mains d'une seule personne, toute décision non efficiente se traduisait par son auteur par un coût financier personnel égal au revenu brut d'exploitation qu'il aurait pu réaliser s'il n'avait pas mal géré son affaire. Dès lors que la propriété et la gestion sont dissociées, le manager ne supporte plus le contrecoup financier des décisions qu'il prend puisque les profits distribués par l'entreprise n'entrent pas dans les revenus que les directeurs perçoivent. A court terme, leurs salaires restent inchangés quelles que soient leurs performances en matière de gestion. A long terme, ils peuvent évidemment s'attendre à des réactions de la part des actionnaires dont les dividendes auraient décru. Mais de telles réactions ne sont pas inévitables, le coût d'une décision inefficace retombe sur un grand nombre d'actionnaires et la perte subie par l'organisation est peu sensible au niveau individuel. A supposer qu'elles aient lieu, elles ne s'accompagneraient pas fatalement de sanctions puisqu'il est difficile d'imputer le gaspillage à l'un des membres de l'équipe dirigeante.

Cet affaiblissement du contrôle des actionnaires signifie qu'il coûte proportionnellement moins cher à un dirigeant d'entreprise salarié d'organiser sa gestion autour d'objectifs en conflit avec la recherche du profit maximum qu'il n'en coûtait au patron qui était le seul propriétaire de son affaire. Le prix à payer pour jouir des satisfactions individuelles attachées à des politiques dont l'effet est de réduire les résultats bénéficiaires de l'entreprise est moindre pour le premier que pour le second.

1.2.3 La valorisation par la direction de certaines catégories de dépenses

Du fait de la baisse relative du coût des pratiques discrétionnaires, les gestionnaires privilégieront l'engagement des dépenses qui ne sont pas réellement indispensables à la production. Aussi, les charges liées au personnel, aux avantages en nature et au fonds disponible pour les investissements de prestige seront portées par la direction à des niveaux supérieurs à ceux indiqués par leur productivité. On assiste donc à un renforcement du pouvoir des lobbies dépensiers qui se traduit par un démantèlement du profit au détriment des actionnaires et au bénéfice de certaines catégories de personnels de l'entreprise.

1.3 Etablissements publics hospitaliers et déviation bureaucratique

1.3.1 La transposition du statut des sociétés anonymes aux hôpitaux et le renforcement de l'autonomie du directeur

Les organismes de direction de l'hôpital sont calqués sur les sociétés anonymes. On y trouve sinon les assemblées des actionnaires, du moins un conseil d'administration et un directeur. Mais derrière les apparences se cache une réalité fort différente. Les trois principes sur lesquels reposent la société anonyme, l'omnipotence du conseil d'administration, la hiérarchisation des responsabilités et la prédominance du contrôle interne ne se retrouvent pas dans l'organisation intérieure des établissements de soins. L'administration mise en place n'est pas collégiale mais directoriale, les pouvoirs exercés pas le directeur résultent moins d'un partage préalable des responsabilités que de son dynamisme propre, le contrôle enfin n'est pas interne mais externe.

♦ Le passage d'une administration collégiale à une administration directoriale

Dans la société anonyme, il était confié de très larges pouvoirs d'administration à une petite équipe d'actionnaires qui jouissaient d'une grande indépendance. Une telle indépendance a séduit sans aucun doute les rédacteurs des premiers textes législatifs ou réglementaires qui définissaient la fonction de direction. Ils y avaient vu un moyen d'éviter l'étatisation des hôpitaux et de favoriser l'esprit d'initiative. Mais c'était oublier que la commission administrative ne représentait pas dans sa majorité l'intérêt de l'Etat. Dès lors, l'indépendance des commissions administratives s'est heurtée au souci de l'état de conserver la maîtrise de la politique hospitalière. De là, une lutte entre la tendance autonomiste et la tendance étatique qui n'est guère concevable dans la société anonyme. Cette lutte a tourné à l'avantage de l'Etat. La loi du 31 décembre 1970 se caractérise par la volonté de renforcer les pouvoirs de l'administration centrale en utilisant les directeurs nommés par le ministre. Tout se passe en effet comme si l'article 22 avait été rédigé pour réduire l'étendue des pouvoirs de la commission administrative. Alors que cette dernière détenait une compétence générale sur tous les aspects de la gestion hospitalière, la compétence du conseil d'administration est désormais une compétence d'attribution. Le conseil ne peut valablement délibérer que sur des matières limitativement énumérées. On y trouve toutes les questions intéressant le développement de l'hôpital (travaux plan directeur), celles relatives aux questions financières (budget emprunt) à l'organisation de l'établissement (création, transformation, suppression des services), enfin les questions de personnel, notamment le tableau des effectifs. A première vue, un tel domaine de compétence est extrêmement large et on pourrait penser que le conseil d'administration est l'organe gestionnaire de l'hôpital. Cette interprétation du texte méconnaîtrait une disposition essentielle de la loi. L'alinéa 3 de l'article 22 dispose en effet que « le directeur est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration, il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées ci-dessus et doit régulièrement tenir le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement ». Ce qui signifie en clair que le directeur dispose pour les matières qui ne figurent pas dans les 13 attributions du conseil d'administration d'un pouvoir autonome. De ce fait, la compétence générale qui appartenait au conseil avant 1970 pour tous les actes de gestion courante est transférée au directeur : les tâches que le directeur doit assumer à ce titre se résument pour l'essentiel à la définition d'une politique de personnel (recrutement, nomination, licenciement, discipline, règle d'emploi pour ce qui n'est pas précisé par le livre IX du code de santé publique) et à l'ordonnancement des dépenses et des recettes. S'ajoutent à ces diverses missions la transmission au conseil d'administration des différents avis de la CMC et la participation aux séances du comité technique paritaire et du comité d'hygiène et de sécurité.

Il faut cependant bien voir que le terme fonction de direction recouvre deux notions : celle des tâches que le directeur est amené à accomplir en fonction des compétences qui lui sont reconnues et celle de son rôle dans l'institution.

♦ De la hiérarchisation des fonctions à l'exercice sans contrôle des pouvoirs de fait dévolus au directeur

Certains des pouvoirs que le directeur exerce ne résultent pas d'un partage préalable des compétences établi en fonction de l'intérêt de l'institution dont il a la garde. Ils sont dans une très large mesure déterminés par son dynamisme propre. On ne retrouve donc pas cette hiérarchisation des fonctions qui était à la base de la société anonyme. Les membres du conseil d'administration ne sont pas élus par une assemblée générale mais nommés

pour l'essentiel par les collectivités locales, la sécurité sociale et le corps médical. Le directeur échappe à la souveraineté du conseil d'administration puisqu'il est nommé par le gouvernement. L'exercice des attributions directoriales est bien soumis à un contrôle a posteriori par le conseil d'administration. Mais l'initiative de ce contrôle appartient au directeur lui-même puisqu'il lui incombe d'informer l'assemblée délibérante des décisions prises dans le cadre de son pouvoir propre. Enfin, aucune tutelle sur les actes du directeur n'est prévue.

♦ Le passage d'un contrôle interne à un contrôle externe

Le contrôle est exercé dans les sociétés anonymes par les commissaires aux comptes par les assemblées générales. Dans les établissements hospitaliers, le commissaire aux comptes, insuffisant pour contrôler une organisation aussi complexe, est remplacé par trois institutions :

- le contrôle du comptable sur l'ordonnateur est assuré par le trésorier payeur général.
- le contrôle administratif des ordonnateurs secondaires est assuré par l'inspecteur des finances à la demande du ministère du budget. Les interventions du ministère des finances restent rares dans les hôpitaux publics.
- Le contrôle juridictionnel est assuré par la cour des comptes. La cour des comptes contrôle et juge les comptables de manière traditionnelle. Elle contrôle les ordonnateurs mais elle ne les juge pas. Ils sont jugés par la cour de discipline budgétaire.

La multiplication de ces contrôles a posteriori est le plus sûr indice de leur inefficacité.

1.3.2 *Tarification à l'équilibre budgétaire et autonomie du service public par rapport à sa mission initiale*

Lorsqu'un service sanitaire est à la source de gain, il y a fatalement malaise à l'idée que l'on puisse spéculer sur la souffrance humaine. La règle absolue des établissements hospitaliers publics est donc qu'il ne peut pas y avoir contribution à des personnes physiques des surplus obtenus dans le fonctionnement de ces organismes par différence entre les ressources et les charges qu'il s'agisse du solde positif du compte d'exploitation ou des accroissements de patrimoine. Le démantèlement des droits de propriété est donc total puisqu'ils cessent d'être exclusifs et transférables. Personne ne possède de droit légal au revenu résiduel de la firme et aucun agent ne dispose plus du droit de vendre ou d'acheter des titres au résidu engendré par l'organisation. De ce fait, aucun des acteurs hospitaliers n'a intérêt à favoriser l'apparition d'un excédent. Pourquoi par exemple le directeur s'efforcerait-il de dégager un surplus budgétaire à l'instant n lorsqu'il sait que seule la sécurité sociale en tirera profit à l'instant $n + 2$?

Les profits potentiels seront transformés en dépenses supplémentaires. La nature de celles-ci dépendra de la nature des objectifs poursuivis par les différents partenaires hospitaliers et du pouvoir dont ils disposent pour les mettre en œuvre. Pour Maw Lin Lee³, les administrateurs s'emploient à convertir ce profit potentiel en élévation excessive de la qualité des équipements afin d'améliorer leur image de marque au sein de la profession,

³ MAW LIN LEE «A conspicuous production theory of hospital behaviour». Southern economic journal 38 july 1973.

tandis que Pauly et Redish⁴ retiennent l'hypothèse que les médecins seuls parviennent à s'approprier la totalité du revenu résiduel. Plutôt que de reprendre à leur compte les différents maximandes, Migue et Belanger⁵ préfèrent reformuler le problème dans les termes plus généraux de la théorie du consommateur.

Le montant des profits qui peuvent être engagés en l'absence d'appropriation privative pour financer des dépenses qui ne sont pas indispensables à la production constitue le budget discrétionnaire de l'administrateur hospitalier. Puisque à l'intérieur de son établissement le directeur jouit d'une marge d'autonomie décisionnelle, on peut concevoir son pouvoir comme l'équivalent de la latitude du consommateur qui utilise son budget pour maximiser son bien-être. Face à un ensemble d'options représenté par la courbe de profit potentiel, il affectera son budget soit à la production d'output, soit à l'engagement de dépenses excessives dont il tire vanité. Compte tenu de ses préférences, il choisira la combinaison d'output et de dépenses excessives qui maximise son bien-être.

En définitive, les directeurs des établissements hospitaliers ont pris leur autonomie par rapport à leur mission initiale de service public tout comme les grandes entreprises se sont affranchies de la tutelle des actionnaires pour servir le pouvoir des organisateurs. Mais les conséquences d'une telle évolution risquent d'être beaucoup plus graves pour les hôpitaux que pour les entreprises. Aucun des mécanismes automatiques qui permettaient de stabiliser le montant des dépenses discrétionnaires dans le secteur privé n'existe en effet dans le secteur public.

1.3.3 *L'absence de mécanisme de contrôle par l'échec en milieux hospitaliers*

Dans le secteur privé, la présence d'un marché financier permettrait de limiter et de contrôler les managers qui ne travaillaient pas dans l'intérêt des propriétaires. Si les managers dilapidaient les deniers de l'entreprise dans des dépenses inutiles, les dividendes baisseraient et le cours des actions s'effondrerait, arriverait un moment où la position des managers serait directement menacée. Le bas prix des actions les mettant sous la menace d'une offre publique d'achat qui, si elle réussissait, se traduirait par leur éviction. Les dirigeants se devaient de limiter dans leur propre intérêt leurs pratiques discrétionnaires pour éviter que leurs actionnaires manifestent leur mécontentement en vendant des actions ...

L'actionnaire en définitive pouvait être dépouillé d'une partie de ses droits de contrôle ; aussi longtemps qu'il conservait la possibilité de transférer ses droits à quelqu'un d'autre, cela ne changeait pas fondamentalement la logique de fonctionnement du système. A partir du moment où ce mécanisme régulateur disparaît, les pratiques discrétionnaires ne peuvent que se multiplier. Dans une structure qui n'est pas contrainte au profit, assimiler pour croître implique seulement du dynamisme et la disposition des moyens matériels.

*

*

*

⁴ PAULY M. et REDISCH « *The not for profit hospital as a physician's cooperative* » American Economic Review Mars 1963.

⁵ MIGUE J.L. et BELANGER G. « *Toward a general theory of managerial discretion* » Public Choice Vol. 17 Spring 1977.

2 BUDGET DISCRETIONNAIRE ET HOPITAL PUBLIC

Même en l'absence apparente de tout excédent budgétaire, des organismes sans but lucratif réalisent effectivement des surplus réels qui sont des rentes monopolistiques imputables à une absence totale ou partielle de concurrence.

Pour qu'une telle théorie puisse expliquer le fonctionnement de l'hôpital public, il faut démontrer, au préalable, que celui-ci travaille dans des conditions non concurrentielles. Or, trois séries de facteurs limitent sérieusement la concurrence à laquelle doit faire face l'administration hospitalière. Ce sont respectivement les entraves à la venue de nouveaux producteurs, l'ignorance du consommateur et l'impuissance du planificateur à mesurer correctement l'output hospitalier.

2.1 Les entraves à la venue de nouveaux producteurs

Toutes choses égales par ailleurs, la concurrence entre établissements hospitaliers sera d'autant plus vive que chacun d'eux aura la possibilité d'accroître sa clientèle au détriment de celle des autres établissements. Cette concurrence peut provenir soit d'offreurs privés, soit d'autres établissements publics. Commençons par étudier le fonctionnement du secteur public et constatons qu'il n'y existe aucune concurrence. « L'organisation industrielle » des services de santé commande désormais l'organisation des établissements publics *en monopoles naturels*. Antérieurement à 1938, un hôpital desservait en principe, quelle que soit l'importance de la ville siège de l'établissement, la population qui s'y rattachait. Après 1958, le système hospitalier a été hiérarchisé en centre hospitalier, hôpital et hôpital rural, cette concentration pyramidale des équipements se retrouve sous des appellations différentes dans le décret de 1981⁶. Le postulat implicite d'une telle réglementation est le suivant : compte tenu de l'évolution de la technologie de la production de soins médicaux, il existe pour les trois grandes catégories d'établissements des économies d'échelle. Le minimum du coût moyen de chaque type d'établissement ne peut être atteint que si celui-ci assure la totalité de la production publique de soins dans le secteur où ils sont installés. En d'autres termes, l'indivisibilité des facteurs de production est telle qu'aucune forme de concurrence entre établissements publics ne peut être maintenue⁷. « A l'heure actuelle, il faut reconnaître, même si on le regrette, que l'hospitalisé n'a plus le libre choix de son médecin »⁸. Les services sont devenus tellement spécialisés qu'il n'y en a plus souvent qu'un seul dans un secteur médical donné.

Certes, un malade qui serait insatisfait des prestations fournies par l'établissement dont il relève a la possibilité de « voter avec ses pieds » pour manifester son mécontentement mais la concurrence entre hôpitaux publics de secteurs différents est tout aussi contrôlée qu'elle l'était à l'intérieur du secteur lui-même. Très souvent, les caisses de sécurité sociale refusent des prises en charge pour des malades traités dans des hôpitaux extérieurs au secteur.

Bien entendu, le malade a toujours la possibilité de partir vers le secteur privé, mais, à défaut d'entraver sa liberté, le ministère s'est efforcé de maîtriser l'extension des capacités d'accueil des établissements concurrents. Pour faire obstacle au dynamisme du secteur

⁶ Décret n° 80-284 du 17 avril 1980 J.O. du 23 avril 1980 p. 1016.

⁷ Remarquons au passage qu'aucune étude empirique française n'a démontré la réalité d'une telle hypothèse. De surcroît, même si au plan technique la preuve de la supériorité du monopole était établie, le choix final d'un système de production ne pourrait être que le fruit d'un compromis entre les avantages techniques qu'ils présentent et les risques d'inefficacité inhérents à la suppression de la concurrence.

⁸ M. CLEMENT « La place de l'hôpital dans la politique sanitaire ». Gestion hospitalière, décembre 1980, n° 201.

privé, la création et l'extension des capacités hospitalières ont été sévèrement contrôlées tandis que l'implantation des équipements lourds était elle aussi subordonnée à l'octroi d'une autorisation préalable⁹. Par ailleurs, la collaboration entre le secteur privé et le secteur public était organisée dans le cadre du service public hospitalier.

Ces arguments législatifs ou réglementaires ne seront probablement pas suffisants pour emporter l'adhésion des dirigeants hospitaliers. Ceux-ci évoquent toujours la concurrence du secteur privé lorsqu'ils examinent les modalités de fonctionnement de leurs établissements. On peut toutefois se demander si une telle concurrence existe ou si ces deux secteurs ne travaillent pas sur deux segments du marché totalement étrangers si bien qu'ils ne risquent pas de s'y affronter. Les affections rentables sont traitées par les cliniques, tandis que les cas lourds le sont par l'hôpital public¹⁰. Le risque de détournement de clientèle, souvent évoqué par les médecins et les administrateurs hospitaliers n'est-il pas un moyen de pression utilisé pour renforcer le monopole technologique de l'établissement beaucoup plus qu'une défense vis-à-vis d'une concurrence potentielle qui ne se manifeste pas sur ce terrain. Si tel était le cas, les coûts de l'hôpital public seraient plus élevés, non seulement parce que les pathologies y sont plus graves mais aussi parce qu'en l'absence de concurrence, une rente égale au profit de monopole apparaîtrait.

2.2 L'ignorance du consommateur

Il est bien évident que le client d'un hôpital ne peut être assimilé à un acheteur ordinaire. Lorsqu'un consommateur décide d'acheter un bien déterminé –un poste de télévision, par exemple- sa décision peut toujours se concevoir comme un calcul implicite dans lequel ont été pesés les avantages et les inconvénients de l'achat projeté. Les avantages sont les bénéfices qu'il en retire, les inconvénients c'est le prix qu'il faut payer. Le consommateur maximisera son bien-être en poussant la consommation des différents biens jusqu'au point où il est incapable d'apprécier l'utilité qu'il retire des services fournis. Il est donc obligé de s'en remettre au jugement d'un tiers.

Le duo malade-médecin est alors assimilé à une entité de décision unique qui combine les connaissances techniques du professionnel et les préférences du consommateur-patient pour les associer au mieux des intérêts du malade. Certains auteurs supposent que l'existence du médecin ne modifie pas les préférences du malade, c'est la théorie du consentement éclairé, le choix des techniques médicales est laissé au patient après que le praticien l'ait informé des risques afférents à la mise en œuvre de chacune d'elles (Perfect Agency Relationship). D'autres auteurs reconnaissent que le médecin utilise son pouvoir de persuasion afin d'inciter son malade à faire le choix qu'il estime nécessaire, il joue alors contre la part irrationnelle ou mal informée de son patient qui va à l'encontre des intérêts de celui-ci, c'est la théorie de la tutelle médicale (Generalized Agency Relationship).

Dans les deux cas, le médecin n'a d'autre objectif que de mettre ses connaissances au service des intérêts de son patient. Or, toute la littérature sociologique et psychologique nous apprend que l'aspect technique n'est pas le seul à intervenir. Des sentiments ou des jugements parasites interfèrent avec les conduites professionnelles et en altèrent la

⁹ Documents du centre d'étude des revenus et des coûts, le coût de l'hospitalisation, 4) Les établissements privés et soins. 2^{ème} trimestre 1980 p. 40.

¹⁰ LEVY E. « *Hospitalisation publique, hospitalisation privée* » C.N.R.S. 1977.

justesse et l'efficacité. C'est la théorie de la représentation imparfaite des intérêts du malade par le médecin (Partial Agency Relationship)¹¹.

Le corps médical étant à la fois le conseiller du malade qui a besoin de soins médicaux et le producteur de ceux-ci se trouve en position d'atténuer l'élasticité de la demande ou même de déplacer celle-ci vers le haut. Le Directeur de la Pitié Salpêtrière¹² en demandant à ses chefs de service de maintenir pendant la période de Noël une bonne occupation de leur service, cherchait simplement à tirer partie de cette possibilité dans l'intérêt de son établissement.

2.3 L'impuissance des autorités de tutelle à saisir ce qui se passe réellement dans les établissements

Les prestations hospitalières sont assimilées à des biens marchands parce qu'on leur a attribué un prix et on laisse croire au grand public que l'hôpital se suffit à lui-même en équilibrant ses dépenses par des recettes sans aide extérieure.

... « Contrairement à une idée largement répandue, l'hôpital¹³ ne vit pas de subventions que lui accorderait l'Etat ou les collectivités locales pour financer ses dépenses courantes mais il vend des prestations qu'il fournit par le biais de facturation des prix de journée et des actes médicaux pour pouvoir payer son personnel, acheter des médicaments, nourrir ses malades » ...

Mais cette autonomie financière est purement illusoire. Lorsque l'acheteur n'est ni le payeur (c'est la sécurité sociale qui joue ce rôle), ni le décideur (la thérapeutique est fixée par prescription ; c'est-à-dire sur ordre), lorsque le producteur discute son prix avec un autre que l'acheteur (c'est le Préfet qui fixe le prix à partir des propositions faites par l'établissement), on ne peut pas parler des « ressources propres » des établissements « puisqu'il n'y a plus possibilité de facturer un service en toute indépendance à un client »¹⁴. La théorie traditionnelle des prix est inapplicable. La concurrence que se font les producteurs pour obtenir les faveurs du consommateur ne saurait exister.

La meilleure preuve, c'est qu'il n'existe pas de direction commerciale à l'hôpital et que celui-ci est relativement ignorant de son environnement. Il y a bien un effort de marketing fait par le directeur, mais il s'adresse surtout aux autorités de tutelle et aux bailleurs de fonds. Le contexte institutionnel dans lequel s'engage la discussion entre l'établissement et l'autorité de tutelle ou les instances centrales donne un pouvoir considérable au premier – chaque établissement y dispose à la fois d'un monopole d'activité et d'un monopole sur

¹¹ Le rôle du médecin en tant qu'agent du malade a été évoqué pour la première fois par Martin Felstein dans « *Econometric studies of health economics* » ed. Intriligator M. et Hendricks D. Amsterdam North Holland 1974. Le concept fut ensuite développé sous deux versions par Evans R. « *Supplier-induced demand : some empirical evidences and implications* » in : the Economics of health and medical care. Perlman ed. Londres MacMillan 1974. Price formation in the market for physician services in Canada 1957-1969. Price and Income Commission, July 1972. On trouvera une critique de ces deux modèles dans Sloan F. et Feldman R. « *Competition among physicians* » in Competition in the health care sector : past present and future ed. By Warren Greenberg. An Aspen Publication 1978. Le reflet de ces discussions apparaît dans la communication présentée par Dupuis J.P. à Tokyo « *Rationalité sociale des politiques de santé* » CEREBE 1973 p. 2 et 3 et surtout dans les articles français de Lacronique J.R. « *La maîtrise de l'offre de soins permettra-t-elle la maîtrise des dépenses ?* » Concours médical 21-07-1979 p. 4695 « *Prospective, Planification et Régulation* » Economie et Santé n° 9 décembre 1979. « *La qualité des soins à l'épreuve de la maîtrise des coûts* » Concours médical 1-3-1980 (1^{ère} partie) et 8-3-1980 (2^{ème} partie).

¹² Le Canard Enchaîné, 7 décembre 1974, cité par DERENNE : « *L'hôpital public à la recherche d'un système de décision* » Mémoire ENSP, 1976, p. 12.

¹³ BEAUGHON M. Cl., VINCENT G. « *Les finances de l'hôpital* ». Gestions hospitalières n° 177 (juuin-juillet 1978).

¹⁴ SAVIN P. « *Réflexion d'un directeur qui se prend pour un décideur* ». Revue de l'association des élèves et anciens élèves de l'ENSP. 2^{ème} trimestre 1981.

les informations qui permettraient d'apprécier cette activité-. L'autorité de tutelle ne peut renoncer à *l'ensemble des services* offerts par l'établissement sans remettre en cause la notion de service public. Les propositions budgétaires des établissements sont par ailleurs à *prendre ou à laisser*, puisque la tutelle n'arrive pas à saisir à travers le prix de journée quel est le coût réel des prestations de l'établissement. Tout se passe comme si l'hôpital vendait en bloc son activité à la tutelle en contrepartie de prix de séjour peu différencié. Ce prix opère une péréquation entre les malades, permet des transferts de charges entre les services, répartit les coûts entre les générations d'hospitalisés par intégration du déficit, si bien que la tutelle n'y comprend plus rien. Bien sûr, le préfet a le droit d'écheniller les dépenses¹⁵, mais il le fera sur une base totalement arbitraire. La même chose se passe au niveau des crédits d'investissement car c'est alors la qualité des soins qui est vendue en bloc à l'administration centrale. Dans ces conditions, *les hôpitaux ont pu jusqu'en 1979 manipuler les informations pour augmenter leurs ressources*.

Pendant toutes les années qui ont précédé cette date, le gestionnaire a spéculé lors de la préparation du budget primitif, sur un nombre bas de journées réalisables pour obtenir un prix de revient élevé, afin de disposer en fin d'exercice d'un excédent consécutif à un nombre plus important de journées réalisées.

3 LES CANDIDATS A L'APPROPRIATION DU BUDGET DISCRETIONNAIRE HOSPITALIER

La détermination et la répartition du budget discrétionnaire des établissements sont le résultat des interactions nombreuses entre les administrateurs des organismes de tutelle ou des services centraux et les décideurs hospitaliers. Dans la mesure où l'existence d'un tel budget est le *fruit de la manipulation de certains pouvoirs* délégués au nom de l'intérêt général mais utilisés au nom d'intérêts particuliers, il était inévitable que l'autorité centrale réagisse. On étudiera dans un premier temps toutes les mesures qui peuvent permettre de renforcer le pouvoir des organismes de tutelle sur les établissements décentralisés. Puis dans un second temps, on se demandera comment les partenaires sociaux de l'hôpital public se partagent la fraction du budget discrétionnaire qui n'a pas été confisquée par l'Etat.

3.1 La réappropriation du budget discrétionnaire par l'autorité centrale

L'existence d'un budget discrétionnaire découle de trois facteurs-clés :

- le monopole d'informations dont dispose l'administrateur hospitalier,
- le système de sanctions et de récompenses qui encadre son activité,
- la marge d'autonomie qui lui est laissée pour combiner les facteurs de production.

C'est par rapport à ces trois facteurs qu'il convient de définir les moyens mis en œuvre pour renforcer le contrôle de la tutelle. Nous considérons donc les problèmes que posent la redistribution de l'information, la modification du système de sanctions et de récompenses, la définition des fonctions de production et de coût.

3.1.1 La redistribution de l'information

L'essentiel de l'analyse économique de la fonction de direction part du principe que le directeur dispose d'un quasi-monopole sur l'information qui permet de définir et d'évaluer

¹⁵ Rappelons qu'au terme de l'art. 22, l'autorité de tutelle peut réduire ou supprimer les prévisions de dépenses qui paraîtraient abusives ou augmenter celles qui sembleraient insuffisantes.

l'activité de son établissement. Les fonctions de coûts sont connues par eux seuls et les autorités publiques de tutelle disposent d'une information qui ne présente aucune neutralité possible ou dont la neutralité dépend de l'esprit de service public du directeur. Pire, ce monopole s'étend à l'évaluation de l'utilité sociale de l'activité médicale puisque le directeur est amené à reprendre les arguments des médecins à son compte pour justifier l'orientation médicale de son établissement. Ce monopole de l'information donne un pouvoir considérable au directeur lorsqu'il négocie avec l'autorité de tutelle.

Il débouche tout naturellement sur un gonflement des crédits demandés. Une marge apparaît entre le budget ou le prix de journée octroyé pour une activité et le prix de revient effectif de celui-ci. L'Etat a donc tout intérêt à améliorer son information pour se réapproprier une fraction du budget discrétionnaire. Pour cela, il peut mettre en œuvre trois séries de techniques :

- la première consiste à fixer des obligations d'information strictes à la charge des établissements, c'est l'objet par exemple de la statistique H 80, qui vise à obtenir des informations comparables au niveau de tous les établissements publics pour permettre des comparaisons de typologies de fonctionnement.
- La deuxième consiste à mettre en œuvre des techniques d'appréciation des coûts ou d'évaluation de la qualité des soins. Mais ces techniques sont peu rigoureuses, compte tenu de l'existence de produits joints ... Dans la mesure où ils gèrent plusieurs activités, les établissements ont tendance à manipuler l'information comme ils l'entendent. L'hôpital fait apparaître le coût le plus élevé là où il sait que l'activité correspondante est jugée socialement la plus utile.
- La troisième technique réside dans la mise en place de procédures contractuelles qui permettent alors de tenir des contraintes d'intérêt général particulières à chaque établissement. Ce sont les contrats-programmes.

3.1.2 La définition d'un système de sanctions et récompenses par l'Etat

L'Etat peut redéfinir les paramètres de jugement en regard desquels l'activité des directeurs est appréciée de sorte qu'en recherchant leurs propres intérêts, ceux-ci soient amenés à promouvoir ceux de la collectivité. Son attention se concentre alors sur la *détermination des objectifs* et donc des arbitrages nécessaires ainsi que sur l'*élaboration et l'application d'indicateurs de performance*. C'est la méthode d'intervention privilégiée par les économistes en ce qu'elle favorise la dimension importante, c'est-à-dire l'output. Si l'éthique ne suffit pas à créer une coïncidence entre l'intérêt général et l'intérêt particulier, il conviendra de mettre en place un système de sanctions et de récompenses financières. L'Etat a eu partiellement recours à cette méthode avant 1979 puisqu'une augmentation du prix de journée pouvait être justifiée par la diminution de la DMS, l'ouverture de services nouveaux ou la poursuite de la politique d'humanisation ou la mise en place d'une cellule d'analyse de gestion. Après 1979, ces accroissements conditionnels de moyens ont pratiquement été supprimés et il ne subsiste paradoxalement que des systèmes contre-incitatifs tels que l'absence totale de lien entre la section d'investissement et la section d'exploitation ou un système aberrant de promotion des directeurs qui, à ancienneté égale et à grade égal, fait bénéficier d'avancement celui qui dirige un établissement ayant le plus grand nombre de lits.

3.1.3 Le contrôle direct de l'affectation des ressources

Faute d'obtenir les modifications de comportement requises par une meilleure information ou par la modification des paramètres de jugements, un moyen radical de supprimer le budget discrétionnaire consiste à circonscrire l'autonomie de gestion des unités décentralisées. L'autorité centrale se prétend alors plus apte que l'établissement à déterminer les combinaisons optimales de facteur. Cette prétention s'affirme soit *directement* par une transformation de la législation qui accordait l'autonomie aux établissements publics hospitaliers (Cf. les lois du 6 juillet 1979 ou du 29 décembre 1979), soit *indirectement* par un foisonnement de normes réglementées de plus en plus précises ou contraignantes qui, sans retirer la compétence au pouvoir de décision, viennent à en préciser les conditions d'exercice avec une telle minutie que le pouvoir d'adaptation laissé aux établissements s'en trouve anéanti.

« Des textes détaillés et précis réglementent de façon détaillée le fonctionnement de l'établissement et tout particulièrement les obligations découlant de la notion de service public. Qui plus est, les mécanismes de droit public viennent donner à l'ensemble une rigidité très certaine qui s'oppose chaque jour davantage aux impératifs de souplesse et d'adaptation nécessaires face à une réalité évolutive¹⁶.

Le directeur est alors totalement dépossédé de son pouvoir puisque l'Etat détermine à la fois les objectifs et les moyens de les réaliser. Le moins que l'on puisse dire c'est que le gouvernement ne s'est pas privé d'utiliser cette technique au cours des dernières années.

- Les moments forts de l'année hospitalière sont désormais rythmés par la parution des circulaires ministérielles : en mars sur le contrôle budgétaire, au printemps sur les investissements et en octobre sur les prix de journée.
- Les tâches de gestions prévisionnelles du personnel ont été rendues difficiles jusqu'en mai 1981 par la limitation de la progression des effectifs. Tandis que le poids de la tutelle en matière de personnel a encore été accru par l'établissement de normes ; leur première application vise les établissements de moyen et de long séjours pour lesquels les effectifs ne devront pas dépasser 0,7 agent par lit¹⁷. Des normes pour les services actifs sont en cours d'élaboration sur la base de l'enquête 1975.
- Enfin, les modalités de passation des marchés ont été étroitement surveillées puisque tout achat supérieur à un montant fixé entre 9 et 12 millions de francs selon les fournitures doit être examiné par la commission spécialisée compétente avant d'être signé.

3.2 Le partage du budget discrétionnaire au sein des établissements

L'étude du partage de la rente se fera à partir des trois principaux groupes d'agents qui composent la communauté hospitalière. La direction, le corps médical et le personnel non médical. « Les matériels, les personnels seront distribués entre ces acteurs de manière

¹⁶ ROCHAIX « La prise de décision à l'hôpital » Techniques hospitalières Août-Septembre 1972.

¹⁷ Circulaire n° 1403 du 6 juin 1977 concernant les établissements de moyen et de long séjours.
Circulaire CNAMTS du 22 juin 1977 concernant les établissements de moyen et de long séjours.

telle que chacun d'entre eux ait assez de satisfaction pour ne pas remettre en cause la structure »¹⁸.

3.2.1 La direction

Par son rôle à la tête de l'hôpital, la direction se trouve bien placée pour s'approprier le budget discrétionnaire de l'institution. C'est la thèse que défend MAW LIN LEE dans un article publié en 1971¹⁹. Le conseil d'administration confie au directeur la responsabilité des actions à entreprendre pour assurer le diagnostic et les soins des membres de la collectivité locale à laquelle l'hôpital est rattaché ; mais le directeur peut poursuivre des objectifs personnels qui ne coïncident pas fatalement avec les intérêts de celle-ci. Pour maximiser ses satisfactions, il s'efforcera notamment de minimiser l'écart qui sépare le statut auquel il aspire pour l'établissement qu'il dirige, de celui qui lui est reconnu par la profession. Cette notion de rayonnement est un concept abstrait qu'il est difficile de mesurer puisqu'il n'existe que dans l'esprit des individus qui sont amenés à formuler un jugement sur la position relative qu'occupe l'hôpital considéré dans la hiérarchie hospitalière. Il est cependant possible d'appréhender les éléments qui en sont à l'origine : le prestige a le plus souvent un support matériel qui lui sert de symbole. Veblen a particulièrement insisté sur le rôle que jouait la consommation en cette matière. La gamme des services offerts par un hôpital et l'importance relative de son plateau technique déterminent le rayonnement de l'établissement.

Dès lors que l'imputation des mérites d'un établissement se fait par la simple notoriété des équipements qu'il possède, on peut écrire que l'utilité de ses dirigeants est une fonction inverse du retard d'équipement constaté par rapport à des établissements de soins de même type. L'achat de matériel nouveau en réduisant ce retard augmente les satisfactions de l'équipe directoriale en place.

La quantité d'équipements achetés dépend tout autant des installations existant dans d'autres établissements que des besoins propres de l'hôpital considéré. Il est donc possible qu'il y ait augmentation des charges sans qu'il y ait augmentation de la production. Les enseignements du modèle de Maw Lin Lee sont doubles sur le plan qualitatif d'abord. La qualité des inputs utilisés est supérieure à celle qui serait requise par la nature de leur activité²⁰ ; sur le plan quantitatif ensuite, un suréquipement indiscutable existe dans certains secteurs. Une étude américaine de 1965²¹ révèle que sur 327 hôpitaux qui disposent en 1961 de l'équipement nécessaire pour pratiquer des opérations à cœur ouvert, 11 % de ceux-ci n'avaient pas fait une opération de ce type pendant l'année considérée et seulement 17 traitaient plus de 50 cas par an. Les études de

¹⁸ BERAUD C. « Point de vue d'un médecin sur l'évolution des structures hospitalières » *Gestions hospitalières* n° 200 (décembre 1980)

Pour la confirmation de ce point de vue on lira le rapport fait par BARBIER Gilbert sur le projet de loi n° 995 relatif aux équipements sanitaires. Document 1051 Assemblée Nationale, seconde session ordinaire de 1978-1979, notamment les pages 23-24.

¹⁹ Cf. MAW LIN LEE 1971 « A conspicuous production theory of hospital behaviour » *Southern economic journal* 38 july 1971 et l'extension qui en est faite par R.J. LAUNOIS dans « L'analyse économique du fonctionnement de l'hôpital public » 1974.

²⁰ Cf. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, 1971 p. 101. « Le caractère le plus frappant d'une étude du secteur hospitalier public est l'extrême inégalité qui y règne entre les niveaux d'équipement : les plus perfectionnés ne sont pas ceux dont l'usage est le plus courant ».

²¹ SPENCER F.C., EISEMAN B. « The occasional open heart surgeon » *Circulation* février 1965, p. 161-162. Les conclusions récentes de Finkler et de Luft vont dans le même sens :

FINKLER SA. « Cost-effectiveness of regionalization : the heart surgery example » *Inquiry*. 1979 ; 16 : 264-70.

LUFT HS., BUNKER JP., ENTHOVEN AC. « Should operations be regionalized ? : the empirical relation between surgical volume and mortality ». *N Engl J Med*. 1979 ; 301 : 1364-9.

l'inspection générale des affaires sociales vont dans le même sens. Le Rapport Bardeau²² par exemple, souligne que « certains hôpitaux ont tendance à se suréquiper, ambitionnant d'effectuer des examens très spécialisés de radiologie vasculaire pour lesquels ils n'ont ni une activité suffisante, ni le personnel compétent.

3.2.2 *Le corps médical*

On parle souvent de l'entreprise hôpital mais il semble important de bien voir que cette appellation générique recouvre deux types d'activités fondamentalement distinctes qui sont mises en œuvre par des agents différents pour des motifs différents²³. D'une part, les médecins hospitaliers combinent des moyens d'investigations et de traitement selon des schémas thérapeutiques et diagnostiques afin d'améliorer au mieux l'état de santé du malade (préoccupation exclusivement technique). D'autre part, les administrateurs hospitaliers combinent des facteurs de production : équipements, personnels, matières consommables pour produire de la meilleure façon possible (technique et économique) un certain nombre de services cliniques, diagnostiques et administratifs. Les unités de soins, d'investigations et les services logistiques représentent une structure intermédiaire entre l'hôpital et le médecin dont le rôle est de transformer les approvisionnements achetés sur le marché pour fournir une assistance au médecin afin que celui-ci puisse élaborer un diagnostic et mettre en œuvre une thérapeutique. En définitive, le médecin peut être assimilé à un expert salarié dont les liens avec l'institution qui l'emploie impliqueraient que celle-ci lui donne toujours les moyens d'exercer son activité.

La vertu première d'une organisation est de s'adapter au changement. Pour cela, il importe de déléguer le pouvoir de décision aux modules périphériques dans la mesure où ce sont eux qui ont le plus vite l'information et où la décision doit coller le plus près possible à l'information. Le corps médical est naturellement amené à être au cœur du processus de production hospitalière.

Ses demandes aux services médico-techniques correspondent à la mise en œuvre de stratégies personnalisées et séquentielles. L'évolution d'une maladie ainsi que la réponse à divers traitements restent largement conditionnées par les caractéristiques individuelles du malade. Le médecin lui-même ne peut prévoir formellement le résultat de ses soins. Il attend la confirmation d'un diagnostic ou la vérification de l'efficacité d'une thérapeutique, des explorations biochimiques, cytologiques ou biophysiques qui sont pratiquées.

Cette incertitude entraîne une grande variabilité de la demande d'investigations aux services médico-techniques. Ceux-ci doivent toujours être à même de faire face au « coup de feu » imposé par l'aggravation de l'état d'un malade qui exige des examens complémentaires ou des thérapeutiques d'urgence.

Or, du fait de leur caractère immatériel, les prestations des services médico-techniques ne peuvent être stockées. Ce n'est donc pas la production elle-même mais la capacité de production qui devra s'ajuster aux variations de la demande.

Ces services doivent donc disposer d'installations supplémentaires qui leur permettent de répondre à tout moment à une demande irrégulière.

²² Rapport IGAS 1971 p. 100.

²³ P. LENOIR, F. MUFRAGGI « Notes pour la définition d'une politique informatique de gestion hospitalière intégrée médico-administrative » Gestion hospitalière. Mai 1980 p. 465-469.

R. RICE « Analysis of the hospital as an economic analysis », Modern Hospital 1966 p. 87-91.

On sait, par l'analyse de gestion, que le montant des dépenses consenties pour mettre en place de tels équipements de sécurité ne peut être supérieur aux pertes que subirait l'organisation si elle était incapable de répondre à la demande. On sait également que le calcul de ces pertes dépend du point de vue de l'observateur. Selon l'ampleur du domaine pris en compte pour évaluer le coût de la rupture de capacité, il peut être conduit à choisir des valeurs différentes pour les équipements de sécurité. Or pour le clinicien, il est vital que les examens demandés soient faits. Une fois qu'il a pris en charge le malade, il ne peut dénoncer le combat moral qui le lie à lui sous prétexte qu'il existe un engorgement du service d'investigations auquel il doit recourir ; la valeur qu'il donne au coût de rupture est infinie, ce qui justifie, ipso facto, sur une base strictement économique, toute acquisition matérielle supplémentaire par les services médico-techniques.

Le problème qui se pose alors est de concilier la sécurité médicale due au malade et de la nécessité d'exploiter rationnellement les installations. Le coût des capacités excédentaires est comparé par l'administration aux recettes qui pourraient être retirées de leur utilisation tandis que les médecins crient à l'holocauste lorsqu'on envisage de le réduire. Il existe donc un conflit entre médecins et administrateurs quant aux dimensions idéales de l'organisation ; sa résolution est impossible²⁴ puisque les parties prenantes sont hiérarchiquement indépendantes. Les partenaires hospitaliers doivent donc vivre avec leur problème tout en recherchant les solutions partielles qui permettraient d'en réduire l'acuité.

L'économiste pense immédiatement à un système de prix de cessions internes à l'établissement grâce auquel l'ajustement entre l'offre et la demande pourrait être obtenu. Mais un tel système est inapplicable en milieu hospitalier, le besoin étant défini techniquement, la demande est inélastique par rapport au prix.

L'offre est elle-même rigide puisque les unités d'investigations produisent des services qui ne peuvent être stockés. Le coût de traitement d'une pathologie *donnée* devrait donc varier dans des proportions considérables pour que la demande excédentaire puisse être résorbée, ce qui est socialement inacceptable.

Ajoutons par ailleurs, que sur un plan éthique et psychologique, on imagine mal les médecins parcourant les « marches » de l'établissement pour y découvrir le meilleur prix pendant que les malades attendraient leurs soins.

C'est en fait un autre système de rationnement beaucoup plus informel mais tout aussi efficace qui est mis en œuvre lorsqu'on approche du seuil de saturation : système à base de marchandages et de rapports de force où la volonté des médecins se heurte à l'inertie du personnel médical et paramédical des services engorgés tant et si bien que chaque demande doit être négociée au coup par coup. L'infirmière qui avait l'habitude de faire certains soins prétend désormais que ceux-ci ne relèvent plus de sa compétence. Le responsable du petit matériel médical exige un bon de commande écrit là où il se contentait précédemment d'un coup de téléphone. Le biologiste décide de faire traiter sur le circuit normal des prélèvements qui étaient antérieurement examinés au fur et à mesure de leur arrivée par le circuit des urgences, etc ...

Pour se libérer de ces pénibles et perpétuels marchandages, chaque service cherche à diminuer ses relations de dépendance en acquérant une gamme aussi complète que possible de matériels et de compétences. On a vu ainsi se multiplier les sections de réanimation spécialisée rattachées aux disciplines et spécialités de base et souvent dénommées sections de soins intensifs en cardiologie, en médecine néonatale, en gastro-entérologie, en médecine et chirurgie générale. De la même façon, la dispersion des blocs

²⁴ HARRIS J.E. « *The internal organization of hospital : some economic applications* ». Bell journal of economics 1977 Autumn p. 467-482.

chirurgicaux dans l'hôpital s'est accompagnée d'un développement des gardes d'anesthésistes sectorisées par discipline.

On peut croire qu'une telle spécialisation est imposée par le progrès médical mais beaucoup d'auteurs, tant français²⁵ qu'étrangers²⁶ n'y voient qu'un moyen utilisé par les médecins pour institutionnaliser leur autonomie.

Le budget discrétionnaire permet de financer la mise en œuvre d'une telle stratégie qui se traduit par une recherche excessive de la qualité²⁷.

Il en résulte une augmentation perpétuelle des coûts. Les services spécialisés à fort taux d'occupation sont conscients de faire entrer des recettes importantes et ont tendance à mettre en avant cet argument dans la discussion des allocations de ressources avec la direction. A partir du moment où celle-ci en reconnaît la validité, elle doit accepter de réduire la diversité des utilisations hospitalières en tolérant une affectation rigide et forfaitaire des moyens dans le cadre des services spécialisés, et le cycle recommence²⁸. Ce serait une erreur de croire que ni les administrations ni les médecins n'ont conscience de l'étrangeté de leur choix qui conduit les uns à remplir les installations tandis que les autres s'efforcent de préserver leur marge de sécurité. Mais les uns et les autres sont pris dans un réseau de forces contraignantes qui les dépassent et les forcent à adopter des comportements inflationnistes.

3.2.3 Le personnel

L'accroissement des moyens dont disposent les établissements va dans le sens des intérêts du personnel puisqu'il contribue à atténuer la lourdeur des tâches et la rigueur des contrôles. C'est pourquoi les syndicats hospitaliers ont toujours demandé une augmentation des postes et une amélioration des conditions de travail. Leur influence jusqu'à présent était réduite, mais les choses sont en train de changer. La circulaire n° 1 du 4 août 1981 relative aux relations de travail et à l'exercice des droits syndicaux en augmentant le crédit d'heures dont disposeront les permanents pour exercer leur activité procède à une réaffectation du budget discrétionnaire au profit de nouveaux bénéficiaires. Un troisième pouvoir, le pouvoir syndical, est en train de naître à l'hôpital.

*

* *

Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital incitent à l'inefficacité. Il y a divergence entre l'intérêt collectif et l'intérêt de l'institution elle-même et de ses agents. Pour mettre fin

²⁵ Cf. HUARD P. « *L'hôpital comme organisation formelle* » Techniques hospitalières n° 377 Février 1977 et sa réponse à une note de lecture de R. BANDELIER dans le n° 383-384 Août-Septembre 1977.

DUPUY J.P. et KARSENTY S. « *La logique cachée de l'institution médicale* » Futuribles n° 3 été 1975.

²⁶ HARRIS op. cité p. 479.

²⁷ NEWHOUSE J.P. « *Toward a theory of non profit institutions : an economic model of an hospital* » American economic review 60. Mars 1970.

²⁸ On trouvera une interprétation similaire de la hausse du coût de l'hospitalisation dans les documents du CERC n° 35-36 « *Le coût de l'hospitalisation* » 2^{ème} trimestre 1977 p. 211-219, et J. BRUNET-JAILLY, P. HUARD, M.LIESS et Coll. « *Etude pilote d'un centre hospitalier* » Centre d'économie de la santé. Université d'Aix III, Avril 1977, p. 188-200.

à cette situation, on propose d'instaurer des systèmes de contrôle et de formation aux techniques de gestion. Mais ces propositions n'ont aucune chance d'aboutir. Comment en effet, pourrait-on inciter les responsables hospitaliers à travailler contre leurs propres intérêts ? Pourquoi mettraient-ils fin à des pratiques qui leur permettent de faire régner « l'esprit hospitalier » et d'obtenir la paix sociale dans l'établissement qu'ils dirigent ? C'est dans une tout autre direction qu'il faut rechercher la solution aux problèmes posés. Pour améliorer l'efficacité, il faut modifier les incitations financières et les règles de promotion qui encadrent l'activité des agents hospitaliers, de telle sorte que l'accès aux ressources soit conditionné par l'adoption des comportements souhaités.

BIBLIOGRAPHIE

Les articles importants sont précédés d'un astérisque*

Les articles fondamentaux sont repérés par deux astérisques **

Pour plus de clarté, cette sélection bibliographique a été présentée sous les 5 rubriques suivantes :

- I - Les surveys
- II - Les modèles de l'hôpital entreprise
- III - Les modèles de l'hôpital organisation
- IV - Les modèles de l'hôpital bureaucratie
- V - Le « vécu » des responsables hospitaliers

I – SURVEYS SUR LES MODELES DE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

DAVIS K.	1972	« <i>Economic theories of behaviour in a non profit private hospital</i> » Economic and Business Bulletin Vol. 24 n° 2.
DEMEESTERE R. Et VIENS G.	1976	« <i>Le contrôle de gestion des organisations sans but lucratif</i> » Revue Française de Gestion. Septembre-Octobre 1976
JACOBS P.	1974	« <i>Survey of economic models of hospitals</i> » Inquiry Vol. XI June 1974
LETOURMY A.	1974	« <i>Modèles économiques de l'hôpital</i> » - CEREBE
LEVY E.	1977	« <i>L'Hôpital est-il une entreprise ?</i> » Revue Française de Gestion – Avril 1977
PAULY M.V.	1974	« <i>The behaviour of non profit hospital monopolies? Alternative models of the hospital</i> » in <i>Regulating Health facilities construction</i> ed. By Clark C. Havighurst
ROCHAIX	1972	« <i>La prise de décision à l'hôpital</i> » Techniques hospitalières – Août-Septembre 1972

II – LES MODELES DE L'HÔPITAL ENTREPRISE

LEE, MAW LIN *	1971	«A conspicuous production theory of hospital behaviour» Southern economic journal July 1971
NEWHOUSE J.C. *	1970	«Toward a theory of non profit institutions. An economic model of an hospital» American economic review vol. 60 Mars 1970
RICE R.G. *	1961	«Analysis of the hospital as an economic organism» Modern hospital Avril 1966

III – LES MODELES DE L'HOPITAL ORGANISATION

BRUNET-JAILLY J., HUARD P., LIESS M. Et coll.	1977	«Etude pilote d'un centre hospitalier» Centre d'économie de la santé, Université d'Aix-Marseille II – Avril 1977
DUSANSKY R. et KALMAN P.J. *	1974	«Toward an economic model of the teaching hospital» Journal of economic theory, 7.
DUPUY S.P. et KARSENTY S.	1973	« La logique cachée de la croissance de l'institution médicale » Futuribles n° 3 été 1975
GORDON P.J.	1964	«The top management triangle in voluntary hospital». Hospital administration Vol. 9 n° 2 1964.
DUBOIS H.	1974	«Economies hospitalières, Economie de l'incertain » in Rationalisation des choix budgétaires en matière de santé. Masson
EGGENS J.B.	1975	«Peut-on parler d'une théorie générale de la firme ? » Revue Française de Gestion n° 2
HARRIS J.E. **	1977	«The internal organization of hospitals, Some economic implication» Bell Journal of Economics. Autumn 1977
HUARD P.	1974	Objectif et système de guidage de l'entreprise CNRS Aix-Marseille – Annexe A – Les théories de l'objectif de la firme
HUARD P. **	1977 a 1977 b	« L'hôpital comme organisation formelle » Techniques hospitalières n° 377 Février 1977 « L'hôpital comme organisation formelle » Réponse à une note de lecture de L. René Bandellier. Techniques hospitalières n° 383-384 Août-Septembre 1977.
JOHNSON E.A.	1969	« Physician productivity and the hospital. An hospital administrator's» Inquiry Sept. 1969
LEBRATY J.	1974	« Evolution pour la définition d'une politique d'informatique de gestion hospitalière intégrée médico-administrative » Gestions hospitalières n° 196 Mai 1980.
MACCHIA A.	1979	An economic theory of the hospital and the industrial organization of the hospital market. University Microfilm international
PAULY M. Et REDISCH *	1973	« The not for profit hospital as a Physician's cooperative » American economic review 63 – Mars 1973

SHALIT Sol. S. *	1977	« <i>A doctor Hospital cartel theory</i> » Journal of Business vol. 50 n° 1 Janvier 1977
STEVEN Carl	1970	« <i>Hospital market efficiency the anatomy fo the supply response</i> » in Klarman empirical studies in Health Economics. John Hopkins 1970

IV – LES MODELES DE L'HÔPITAL BUREAUCRATIE

CLARKSON K.W. *	1972	« <i>Some implications of property rights in Hospital management</i> » Journal of law and economics Vol. XV n° 2 Octobre 1972.
BELANGER G.	1981	« <i>Mythe de la différence entre l'entreprise privée et publique</i> » Gestions hospitalières n° 203 – février 1981.
GOURLAOUEN J.P.	1978	« <i>A propos de l'inefficience</i> » Revue d'économie industrielle n° 5 (3 ^{ème} trimestre 1978).
GREFFE X. **	1981	« <i>Analyse économique de la bureaucratie</i> » Economica 1981
LAUNOIS R.J.	1974	Analyse économique du fonctionnement de l'hôpital public Thèse complémentaire, Rennes.
LINDSAY C.	1976	« <i>A theory of government enterprise</i> » Journal of Political economy Vol. 84 n° 5 octobre 1976
MIGUE J.L. et BELANGER G. *	1972	Le prix de la santé Edition Heurtebise H.M.H. Montréal – Canada
MIGUE J.L. et BELANDER **	1977	« <i>Toward a general theory of managerial discretion</i> » Public choice vol. 17 Spring 1977
NISKAMEN W .A.	1971	« <i>Bureaucratie and representative Government</i> » Chicago Atherton Aldine 1971
TERNY G. Et RICHET X.	1980	« <i>Eléments d'une théorie économique de la bureaucratie</i> » Communication pour le colloque « Où va la gestion publique ? » Paris les 28-29-30 mai 1980
TERNY G.	1981	« <i>Essai sur une théorie économique de l'offre et de la demande et du marché des services publics non marchands</i> » Communication au colloque de l'AFSE – Paris 15-17 juin 1981
SIMON Y, TEZENAS DU MONTCEL *	1977	« <i>Théorie de la firme et réforme de l'entreprise</i> » Revue économique Vol. XXVIII n° 3
SOULIE D.	1979	« <i>Quelques aspects de la théorie de la firme réglementée</i> » Vie et Sciences Economiques – Janvier 1979

V – LE « VECU » DES RESPONSABLES HOSPITALIERS

BANDELIER R. *	1976	« <i>Le directeur d'hôpital décideur responsable</i> » Gestions hospitalières n° 160 Novembre
BANDELIER R.	1977	« <i>L'hôpital comme organisation formelle</i> » Note de lecture. Techniques hospitalières n° 380 Mars
CARPENTIER Valencin	1980	« <i>Concurrence et complémentarité des secteurs public et privé d'hospitalisation</i> » Mémoire ENSP
CLEMENT J.M.	1979	« <i>Le financement des investissements</i> »

Les cahiers de gestions hospitalières n° 3 Gestions hospitalières
n° 187

DEMAY	1979	« <i>Institutions et pouvoirs à l'hôpital public : la domination technos-structurelle</i> » Mémoire ENSP
GUSTIN	1977	« <i>Technocratie, bureaucratie et humanisme à l'hôpital</i> » Revue hospitalière de France n° 299 – Mars
LIN DAUBECH *	1979	« <i>Budget, acteurs et direction par objectifs à l'hôpital</i> » Mémoire ENSP
MAILLARD **	1980	« <i>20 ans d'évolution de l'administration hospitalière</i> » Rapport aux 8 ^{èmes} assises nationales de l'hospitalisation publique. Revue hospitalière de France n° 327 (janvier). Discussions du rapport Maillard. Revue hospitalière de France n° 330 (avril).
MOISSINAC	1980	« <i>Evolution de la tutelle et du contrôle sur hôpitaux publics 1940-1980</i> » Mémoire ENSP
ROCHAIX	1971	« <i>La formation de capital fixe à l'hôpital public</i> » Revue hospitalière de France – novembre 1971
ROCHAIX	1972	« <i>La prise de décision à l'hôpital</i> » Technique hospitalière août-septembre
ROCHAIX M. *	1974	« <i>L'hôpital DOIT-IL ÊTRE CON9U COMME UNE ENTREPRISE ?</i> » Concours médical 13-4-1974 p. 2407
ROUSSEL Ph.	1976	« <i>Le pouvoir de décision à l'hôpital</i> » Gestions hospitalières n° 156 (mai, n° 157 (juin-juillet)
ROZER J.	1977	« <i>Le pouvoir médical à l'hôpital</i> » Mémoire ENSP
SIMON J.M., COURBIS J.P., MAILLARD C.	1977	« <i>La fonction de direction de l'hôpital public</i> » Techniques hospitalières n° 386 (novembre)